

計畫編號：DOH95-DC-2003

行政院衛生署疾病管制局九十五年度科技研究發展計畫

建置新興傳染病重大疫情之資料整合系統模式-以  
SARS 為例

Establish an integrated information system model for emerging infectious  
disease outbreaks-- using SARS as an example

研究報告

執行機構：疾病管制局第二組

計畫主持人：陳昶勳

研究人員：熊昭、王震峰、張秋文、郭慕蓉

執行期間：95 年 01 月 01 日至 95 年 12 月 31 日

\*本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見\*

# 目 錄

中文摘要	5-6
英文摘要	7-8
第一章 前言	9-10
第二章 文獻回顧	11-19
第三章 材料與方法	20-23
第四章 研究結果	24-27
第五章 討論與建議	28-31
第六章 參考文獻	32
【附圖】台灣地區 SARS 可能病例流行曲線	33
【附錄】執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助補償要點 (92 年 05 月 20 日發布)	34-35

附件：法規制度研究專題-探討第四類傳染病、新感染症及指

定傳染病等新增法定傳染病之指定與公告問題 36-121

壹、 研究專題本文 36-51

- 一、 新增通報疫病（法定及報告傳染病）之歷史回顧
- 二、 新增指定法定傳染病之立法例及其規定之沿革
- 三、 第四類傳染病（88年06月23日修正公布傳染病防治法）
- 四、 新感染症及指定傳染病（93年01月20日修正公布傳染病防治法）

貳、 其他相關新興傳染病研究議題之探討與心得 52-76

- 一、 非法定傳染病納入傳染病防治法例行防治之公告指定、歸類及廢止等相關規範
- 二、 公共衛生措施對於疫病防治所能達成之目標層級
- 三、 傳染性疾病發生之自然史模式
- 四、 非法定（已知）傳染病納入例行防治之考量因素
- 五、 傳染病防治之動態流程

參、 結論與建議 77-78

肆、 參考文獻及網站 79-80

附表

【附表一】	新增法定傳染病的指定與公告規定之沿革表	81-83
【附表二】	新增法定傳染病的指定與公告規定之沿革表（續）	84-85
【附表三】	現行防疫法規依傳染病類別而設定不同之規範彙整表	86-87
【附表四】	傳染病隔離病房分類、指定醫院層級及病人處置措施分析 表感染症防治醫療網成立前（SARS 流行疫情發生前）	88-90
【附表五】	傳染病隔離病房分類、指定醫院層級及病人處置措施分析 表（續 1）--感染症防治醫療網成立前（SARS 流行疫情 期間及後 SARS 前期）	91-93
【附表六】	傳染病隔離病房分類、指定醫院層級及病人處置措施分析 表（續 2）--感染症防治醫療網成立後（後 SARS 後期）	94-96
【附表七】	日本傳染病患者分級醫療及其指定醫療機構制度表	97
【附表八】	現行傳染病防治法條文規定主管機關應（得）辦理事項彙 整表	98-108

## 附圖

【附圖一】	傳染性疾病發生之自然史模式圖	109
【附圖二】	非法定傳染病納入傳染病防治法例行防治之公告指定、歸 類及廢止等相關規範流程圖	110

【附圖三】傳染病防治動態流程圖	111
-----------------	-----

## 附錄

【附錄一】傳染病防治法（93年01月20日修正）	112-114
--------------------------	---------

【附錄二】傳染病防治法施行細則（93年12月03日修正）	114
------------------------------	-----

【附錄三】傳染病隔離治療醫院指定辦法（93年08月05日修正）	115
---------------------------------	-----

【附錄四】傳染病檢驗指定機構管理辦法（93年07月29日發布）	115
---------------------------------	-----

【附錄五】傳染病防治獎勵辦法（93年09月09日修正）	116
-----------------------------	-----

【附錄六】執行新感染症防治工作致傷病或死亡補助辦法（93年10月20日發布）	117-118
--	---------

【附錄七】傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除要點（93年05月21日發布）	119-121
---	---------

<u>計畫重要研究成果及具體建議</u>	122-123
----------------------	---------

# 中文摘要

本研究以嚴重急性呼吸道症候群(SARS)疫情為範例，嘗試建立新興傳染病重大疫情之資料整合系統模式。研究計畫分兩大主題，第一部分為「建立完整之 SARS 疫情資料庫」，第二部分為「法規制度研究專題：探討第四類傳染病、新感染症及指定傳染病等新增法定傳染病之指定與公告問題」。

在「建立完整之 SARS 疫情資料庫」部分，結合本局原有資料庫，以及各醫院提供之病例補充資料，以 92 年間 SARS 流行期間被判定為「SARS 可能病例」共 664 名病患之資料為主。完成「SARS Minimum data set」資料庫，該資料庫包含七大面項資料（基本人口學、實驗室檢測結果、放射學檢查結果、治療、旅遊史、接觸史、轉院史），內容參照歐盟於 2004 年起推行 SARS 研究計畫中之「SARSTRANS」格式，共有 67 個欄位，相較於本局原有之傳染病通報系統資料庫，共新增 19 個欄位，增加近三成之資料。

本研究嘗試透過建置完成之 SARS 資料庫，並結合「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助津貼」之資料，選取 2003 年 3-7 月台灣地區爆發重大院內感染事件之主要醫院（含台北市立和平醫院、高雄長庚醫院、高雄榮總、台大醫院、陽明醫院、仁濟醫院及台北市立關渡醫院等六家醫院），進行醫護相關人員之 SARS 侵襲

率(attack rate)之計算，用以嘗試評估院內感染控制策略實施之成效，上述醫院之醫護相關人員 SARS 侵襲率最高約為 2.37%。隨疫情上升後將強的院感措施，後期醫護人員之後侵襲率可降至 0%。

有關法規制度研究專題部分，本專題以縱斷式時序回溯性研究，探討我國歷年有關新增指定法定傳染病（如：第四類傳染病、指定傳染病、新感染症等）之制度，發現其中相關規範之制定與變動，多為因應國內外發生突發疫情或於重要防疫政策推行之後，始有較大幅度之檢討與修正。

由於公告新增指定法定傳染病後，其相關防疫措施（如：傳染病病例之報告、隔離、處置及相關人員之補助、獎勵及處罰等），均對於民眾之自由與權利多有所限制或影響之處；另因現行傳染病防治法中，各項防治規範亦因傳染病類別之不同，其影響人民自由權利之程度，亦有所差異，實應慎重為之。

故建議宜比照現行相關防疫法規之做法，於母法授權中央主管機關得訂定相關法規命令，以設立專責審議委員會，並由相關專家、社會人士及行政機關代表，負責法定傳染病之新增指定或類別調整之審議事項，以制度化之行政程序來維護國內防疫安全，同時兼顧人民自由權利之保障。

## 英文摘要

This study attempted to set up a new data set about severe acute respiratory syndrome (SARS)- the outbreak in Taiwan during March-July in 2003. We adopted data as the National Notifiable SARS Surveillance System, and linked up the clinical data provided by hospitals. The SARS Minimum data set includes 664 probable cases, and has 67 fields. The data set increases additional 19 columns compared with the data set of the National Notifiable SARS Surveillance System. As we successfully merged the two data set, we thus were able to yield. The SARS attack rate among health worker in the hospitals in Taiwan is 2.37%. As the epidemic surged, enhanced hospital infection control measure protected the medical personnels against contracting SARS.

The another topic regarding is law issues is a longitudinal retrospective study on the issues of current and previous legal systems of designating, adjusting and revising the diseases and its categories on the Communicable Disease Control Act, such as the category 4 communicable diseases, designated communicable diseases and emerging infectious diseases.

In accordance with the Act, the central competent authority can announce new designated infectious diseases by law or include those diseases to relevant provision by the legal procedure of legislation or law amendment. Once a disease has been included or its category has been adjusted, not only the measures of disease prevention and control, such as case reporting, isolation, management of patients and the subsidy, reward or punishment of related person, may be different to the previous

regulation, but also with deep influence or limitation to human rights and freedom, so the decision making of designation, revision, re-categorization or abolition of a legal infectious disease is crucial to both of the publics and administrative organizations.

We conclude that the central competent authority should set up a advisory committee, consisting of relevant experts, public figures and representatives of administrative organizations, in responsible to suggestion providing for the policy making on designating, adjusting and revising legal infectious diseases and its categories, in order to maintain the public health security, simultaneously gives protection of legal rights to patients infected by communicable diseases.

# 第一章 前言

鑒於 2003 年「嚴重急性呼吸道症候群 (severe acute respiratory syndrome, SARS)」(以下簡稱「SARS」) 疫情主要流行期間，疾病管制局 (以下簡稱本局) 因應疫情需要進行相關政策制定、疫情防治與疫情調查等工作，而累計許多各項形式之資料，又為預防國際間可能爆發新興傳染病之疫情，因此本研究以 SARS 疫情為範例，嘗試建立新興傳染病重大疫情之資料整合系統模式。並利用建置之 SARS 資料庫進行資料分析，嘗試了解 SARS 疫情流行趨勢與相關防治政策制定之關連性，進行防治成效之比較。

本局業已因應國際衛生條例 (International Health Regulations, IHR) 之規範，著手進行各項重要新興傳染病之防治與監測工作，並增列西尼羅熱、拉薩熱、裂谷熱與馬堡出血熱等疾病之防治工作，故利用 SARS 疫情防治之經驗，規劃完整之重大新興傳染病資料整合模式，以供未來國內外發生重大新興傳染病疫情時之防治政策擬定參考，亦為本局未來防治工作之重點。

又因台灣地區爆發 SARS 疫情，為因應 SARS 此等未知新興疫病之威脅，及建立更完善之傳染病防治網，本局業已於 SARS 疫情後，針對傳染病防治法陸續進行較大幅度之檢討與修正。故本研究另針對

SARS 等重大新興傳染病之疫情，對我國傳染病防治法之法律沿革之影響進行探討，並撰擬「法規制度研究專題-探討第四類傳染病、新感染症及指定傳染病等新增法定傳染病之指定與公告問題」一文，以供未來傳染病防治法修法時之參考。

## 第二章 文獻回顧

SARS 在各國爆發傳播相當迅速，而各國的防治措施實行是否完善，以及是否有效是傳染病防治上的重要元素，因此在我們評估各項防治政策前，先了解各國進入 SARS 以及脫離 SARS 疫區的時間點：首先在 2003 年 4 月 28 日，WHO 將越南從 SARS 疫區名單上消除。在中國廣東爆發 SARS 疫情後，越南是東南亞國家中首先進入 SARS 風暴的國家，而同樣的越南也是第一個從疫區名單上除名的國家，從 4 月 8 日到 28 日一共 20 天的時間內，在越南並沒有發現任何新的病例，之所以用 20 天為標準是因為 20 天為 SARS 病毒已知潛伏期的兩倍，所以世界衛生組織認為，可以宣布越南成功地控制了 SARS 的擴散。

再來是 5 月 31 日，WHO 宣佈新加坡從 SARS 疫區名單上除名。世界衛生組織表示，由於新加坡連續二十天沒有出現新的 SARS 病例，所以將把該國從受 SARS 疫情影響的國家中除名。到了 6 月 23 日，WHO 宣佈香港從 SARS 疫區名單上除名。香港是僅次於中國大陸的受 SARS 影響最嚴重的地區，同樣地，香港自從 6 月 2 日最後一個病例到 6 月 23 日隔離已經 20 天，超過病毒最長潛伏期的兩倍。隔天也就是 6 月 24 日，WHO 宣佈中國首都北京從 SARS 疫區名單上除

名。世界衛生組織 6 月 24 日宣佈撤銷對中國首都北京的旅遊警告，同時把北京從 SARS 疫區名單上撤除。7 月 2 日，這個時候 SARS 疫情已經慢慢接近尾聲，而世界衛生組織在 7 月 2 日宣佈，加拿大多倫多市正式從感染地區名單中除名。最後是 7 月 5 日，WHO 宣佈台灣從 SARS 疫區名單上除名。台灣是最後一個從 SARS 疫區名單上除名的地區，連續 20 天來沒有出現新的感染病例。

SARS 成為 2003 年家喻戶曉的疾病除了它是新興的傳染病外，最可怕的大概就是它所造成的嚴重疫情，從 2002 年 11 月 1 日至 2003 年 6 月 30 日止，全球總病例數高達 8454 人，死亡人數更是有 808 人。病例報告國家包括台灣、中國大陸、新加坡、加拿大、香港、越南、澳州、美國等共 30 個國家。

## **壹、國外主要 SARS 流行地區之防治政策比較：**

### **(一) 中國北京地區**

該地區曾於 2003 年 4 月 17 日實施「發燒篩檢」防治策略，但是並沒有很大的效果，政府當局也發現所設置的篩檢站並沒有和其他門診作區隔，因此疑似的 SARS 病患仍然有傳播病毒的機會，所以之後在 5 月 6 日政府下令將這些發燒篩檢站的門診隔離出來，並要求其醫事人員穿著全套防護衣。而在「隔離措施」部

分，4月21日起凡是 SARS 病患接觸者都必須隔離 14 天，而隔離的人當中有 60% 是以居家隔離為主，北京的疫情以 4 月 25 號為高峰，之後疫情就逐漸緩和、病例數逐漸下降，這個情形一方面是因為疫情爆發初期，中國大陸地區疫情資訊並不透明，可以說是造成防疫上缺失的原因之一。但之後隨著疫情的擴大、中國政府改用積極的態度來面對 SARS 疫情，並且承認政府當局在 SARS 防制上的疏失，因此中國政府於 4 月 10 日將 SARS 列入「傳染病防治法」中之法定傳染病，並且在 4 月中旬以後，確實地向世界衛生組織通報疫情，從五天一次的向民眾作疫情說明改為每日通報，以加強防止疫情的擴散<sup>[1]</sup>。

## （二）中國香港地區

2003 年香港地區主要 SARS 流行疫情包含兩波爆發流行的高峰，首先是威爾斯親王醫院的院內感染，再來是最嚴重的陶大花園社區感染。香港在 3 月 29 日開始在機場、邊境、港口等實施各項公共衛生措施，包括到港旅客都必須填寫健康申請表。從 4 月 10 日開始衛生署規定凡是和證實感染 SARS 的患者有家居接觸者，都必須在家裡隔離十天，可以及早發現並且治療可能的病患，以遏止 SARS 在社區蔓延，另外從 4 月 17 日開始，所有從香港國

際機場離港的人都必須在登機前接受體溫量測，高於攝氏 38 度的人不宜登機<sup>[2]</sup>。

### （三）加拿大多倫多地區

多倫多是亞洲以外最嚴重疫情的地方，從多倫多的流行曲線圖首先可以發現多倫多是以 2003 年 4 月 21 日為分界點，分為第一波流行和第二波流行。第一波流行在 4 月 10 日也就是院內感染防治措施執行的 16 天後，每日新病例數明顯下降，而第二波流行則是利用院內的主動監測系統篩檢出可能的病例，這顯示了當院內感染發生時，院內監測系統的重要性，可以迅速掌握第二波的流行並執行防治措施。另外，從 3 月 15 日開始多倫多實施隔離措施，這段期間約有 2 萬多人接受隔離十天以上，從現在看來，當時隔離的人數過多，再加上碰到流感的季節，因此其實是容易形成高估的，而且會造成社會上的恐慌或者是政府財政上的壓力<sup>[3]</sup>。

### （四）新加坡

由於新加坡政府對於 SARS 疫情從一開始就非常重視，因此所採取的措施特別嚴格，而這些作法有效的遏止 SARS 的擴散，像是在 2003 年 3 月 27 日，也就是新加坡第一起病例入院後的第 30 天，新加坡政府依「傳染病法」強制 740 人居家隔離 10 天。後

來為了更有效地抑制疫情，新加坡政府修正「傳染病法」，將接受隔離的條件修改為「確實或疑似 SARS 病人、曾接觸過 SARS 病人者和接受過 SARS 治療的人都必須被隔離」。另外新加坡在 4 月 23 日開始在機場和陸路口岸出入境大廳使用紅外線體溫自動測試儀檢測出入境旅客的體溫，使的新加坡樟宜國際機場成為全球第一個採行防範 SARS 散布新措施的機場<sup>[4]·[5]</sup>。

### (五) 越南河內地區

中國廣東爆發 SARS 疫情後，越南是東南亞國家中首先進入疫區的國家，世界衛生組織的歐巴尼醫生最先在越南確定了當時還未定名的疾病，但這名醫生自己感染了病毒不幸去世。越南當局採取果斷措施，隔離了河內的那家醫院。在 SARS 期間越南一共發現了 62 個病例，其中 5 人死亡。越南的疫情雖然很早爆發且迅速，但控制的情形也非常有效率，成功的在短時間從 SARS 疫區名單中除名<sup>[6]</sup>。

### 貳、臺灣地區 SARS 防治經驗之探討<sup>[7]·[8]·[9]</sup>：

在 2003 年 3 月 14 日台灣發現第一個境外移入 SARS 個案後，SARS 已經突破邊境入侵台灣，後來中鼎員工至大陸染 SARS、香港淘大社區居民來台將 SARS 傳染給在台親友，接著 SARS 更無情入侵

台灣醫院及社區，包含：台北市立和平醫院、仁濟醫院、關渡醫院以及高雄長庚等醫院，陸續爆發 SARS 院內感染疫情，對台灣民眾健康及國家經濟造成極大衝擊。

為防杜 SARS 疫情，3 月 17 日疾病管制局成立「SARS 疫情處理因應中心」，積極召開「SARS 疫情專家學者會議」及「SARS 中央跨部會疫情對策會議」，公告 SARS 為第四類法定傳染病，並據以辦理各項防疫措施。另外，總統公佈「SARS 防治及紓困暫行條例」，行政院成立「SARS 防治及紓困委員會」，由李明亮前署長擔任抗 SARS 總指揮官。接著於本局地下一樓大禮堂設置「行政院嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會聯絡處」，以整合各單位戰力，公開透明疫情，進行抗 SARS 工作。

同時，本局也同時商請各部會共同配合 SARS 防疫事宜，包括請行政院勞工委員通知各雇主機構，於發現外籍勞工感染 SARS 症狀者，應立即與當地衛生單位連絡；請行政院大陸委員會協助安排台商出現疑似 SARS 症狀而無法回台者之相關就醫事宜；請交通部民用航空局轉知國內航空公司，對於曾載運 SARS 之班機，請其參照世界衛生組織公佈建議之「載運病例航機消毒」指引，進行班機消毒事宜；並請航空公司配合提供班機旅客名單及其座位表；請交通部觀光局轉

知國內各旅行社，配合衛生單位提供旅客名單，以及請行政院新聞局與媒體協商以公益方式，透過電子跑馬燈，協助進行 SARS 防治方法之擴大宣傳。並在 7 月 5 日世界衛生組織宣佈台灣自 SARS 感染地區除名。

有鑒於衛生教育是疫病防治的根本，構築疫病防治的重要環節，為因應 SARS 全球疫情，疾病管制局早在疫情發展初期即針對一般民眾，充分運用各種平面及電子傳播媒體，製作各種宣傳品，傳播 SARS 衛教訊息。另於 92 年 3 月 17 日建置 SARS 資訊網，即時更新最新疫情、旅遊資訊、法規公告等，且提供國內外網站連結，期以多元化的衛教通路，依各宣導族群訂定文宣策略，能夠有系統、有效率及專業性的執行衛教業務，讓民眾獲得有系統性的疫病防治資訊，達成疫病防治之目標。

針對出入境旅客，機場張貼的海報、宣傳單張及新聞稿，同樣能接受足夠資訊，並與航空公司與航站進行座談，請其配合採行各項宣導措施，如：在機場上向旅客宣導相關預防事項，有疑似症狀者應填寫症狀聲明表；製作 SARS 認識與防治空服員版，於相關訓練課程中發送空服員，讓空服員能在服務乘客過程中，同樣獲得足夠保護。

為了避免境外移入，我國於 2003 年 4 月 10 日起，強制規定入境

旅客全面量體溫；到了 4 月 22 日則將規定提昇至出境旅客亦須接受體溫耳溫測量，引發了旅客的連連抱怨。到了 5 月份，SARS 疫情仍舊方興未艾之際，由於 5 月中旬 WHO 視訊討論會各國代表的經驗發現 SARS 病患似乎只在發燒後才具傳染力。李明亮總指揮官遂提出「全民量體溫運動」的構想，鼓勵全民共同參與量體溫，提昇自我健康管理，目的在於避免社區群聚感染，儘早遠離 SARS，恢復正常生活。因此，行政院在 6 月 1 日正式公佈此項方案，希望全民共同參與，以家庭為推廣主軸，由全國各社區村里發動，同時宣導民間企業或團體及公務機關（構）配合推動。執行方式也相當簡單，就是全民每日早晚各量一次體溫，持續測量 10 天即可，而全國的公務機關、公司行號和所有公共場所也應配合為民眾測量體溫。

由於 2003 年 4 月 22 日台北市立和平醫院發生台灣首起院內聚集 SARS 感染事件，不僅令防疫主管機關為之震驚，社會大眾更因此而顯得惶惶不安。和平醫院集體感染事件，是自全球傳出 SARS 疫情以來，國內首家因集體感染 SARS 而被迫關閉的醫院。關閉醫院兩週的期間，醫院員工與病患除了進出需受管制，而有上千名員工家屬也同時受到強制居家隔離；此外，過去二週曾到過和平，以及還未回院接受隔離的醫護人員，也都在持續追蹤之列。經本局的疫調結果發現，和平醫院院內個案聚集現象發生的原因，可歸結為：1.未能在 SARS

病患抵達醫院的第一時間，立即進行篩檢查驗其各項可能危險因子與接觸史，並及早通知相關檢驗與醫療單位，進行適當生物安全防護事宜。2.隱形傳播者在發病初期仍於院內執業，導致快速傳染給其他就醫患者與醫護人員。3.典型個案於病程初期難以判定，加上情緒躁動導致負責照護的醫護人員遭到感染。

有鑑於此，改進醫療機構內感染防治措施，強化醫療機構內老人與慢性病病患之監控與處理，實為 SARS 侵襲威脅下，院內感染管制人員之重要課題，更應確實改進醫院管理方針，建立醫護人員在疫情警示期間應具有危機意識，發揮早期懷疑診斷、快速通報，主動積極尋求協助、克服問題之機制。各縣市衛生局更應記取經驗，立即輔導各醫療院所建立院內症候群個案聚集現象偵測系統，與防堵新興致病原進入醫療院所之篩檢站，遇有個案或群聚感染現象，立即動員進行防疫措施，並輔導醫療院所進行院內感染管制措施。

## 第三章 材料與方法

### 壹、資料收集

本局現有之 SARS 疫情資料庫過於粗略，眾多欄位尚未格式化，更有許多與疫情相關之重要訊息未鍵入，如住院與轉院日期、病程變化、就醫過程以及其他與疫情相關之接觸史，目前尚有許多疫情趨緩後，向各大醫院借調通報病患病歷、X 光片等種病程記錄資料。

結合本局通報資料庫，以及各醫院提供之病例補充資料，以 92 年間 SARS 流行期間被判定為「SARS 可能病例」共 664 名病患之資料為主。業已完成資料庫「SARS Minimum data set」，該資料庫包含七大面項資料，資料庫之內容比照歐盟於 2004 年起推行 SARS 研究計畫中之「SARSTRANS」格式，進行標準格式化。其中相較於本局原通報資料庫之內容，新增欄位則分述於下：

1. Main：基本人口學資料、通報時之臨床症狀與表現等相關資料，新增欄位為「Date discharged from hospital (出院日期)」、「Discharge status.(出院狀態)」以及「Body temperature at onset in Centigrade (發病時體溫)」共三項。
2. Laboratory\_Test：實驗室採檢與檢驗結果等相關資料，無新增欄位。

3. Xray\_and\_CT：胸部 X 光與 CT Scan 檢查結果等相關資料，為新增項目，包括「Date of the scan(檢查日期)」、「Type of the scan (檢查種類)」以及「Result of the scan (檢查結果)」共三項。
4. Treatment：治療情形等相關資料，為新增項目，包括「Type of treatment (治療方式)」、「Dosage (治療劑量)」、「Start date (治療開始日期)」以及「End date (治療結束日期)」共四項。
5. Travel\_history：旅遊史等相關資料，無新增欄位。
6. Exposure\_History：接觸史等相關資料，新增欄位為「Place of exposure(暴露來源)」、「Start date(暴露開始日期)」以及「End date (暴露結束日期)」共三項。
7. Hospital\_Transfer\_History：轉院史等相關資料，新增欄位為「Size of the hospital (醫院大小)」、「Admitted ward (科別-文字型)」、「Type of the admitted ward (科別-數值型)」、「Date of transfer to the ward (轉入日期)」、「Date of transfer out of the ward (轉出日期)」以及「Patient outcome at transfer (轉出時狀態)」共六項。

## 貳、研究設計

### (一) 資料庫之建立

本局現有之傳染病通報系統資料庫，僅包含 SARS 通報個案之疫情調查與通報資料，本計畫預定將彙集通報個案之就醫資料，並整合原傳染病通報系統之資料，利用 Excel 軟體建立完整之 SARS 疫情資料庫。

## (二) 侵襲率 (attack rate) 計算

1. 本研究嘗試透過建置完成之 SARS 資料庫，並結合「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助津貼」之資料，選取 2003 年 3-7 月台灣地區爆發重大院內感染事件之主要醫院（含台北市立和平醫院、高雄長庚醫院、高雄榮總、台大醫院、陽明醫院、仁濟醫院及台北市立關渡醫院等六家醫院），進行醫護相關人員之 SARS 侵襲率(attack rate)之計算。
2. 其中侵襲率之定義<sup>[10]、[11]、[12]</sup>採用下列定義：

(病例數/族群中可感染之人數)

3. 在計算醫護相關人員之 SARS 侵襲率部分，串連「SARS 疫情資料庫」與「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助津貼」中皆有之「身份證字號」欄位，用以計算該院之疾病侵襲率。

4. 又因和平醫院爆發重大之院內感染疫情，故於 2003 年 4 月 24 日和平醫院封院之際，函請衛生局等轉知醫療機構注意接觸史及症狀足資懷疑者併加強通報，並由本局各分局於該日起全面啟動輔導機制，對醫療機構進行感控教育；同時更新之「院內感染 SARS 管控規定」予各縣市衛生局及醫師公會轉知醫療院所參考運用。故本研究嘗試以醫護相關人員之 SARS 侵襲率之變化，用以嘗試評估院內感染控制策略實施之成效。

## 參、統計分析

針對疾病侵襲率之計算部分，採用 SPSS (9.0 版) 統計軟體進行資料庫之整合，並採用描述性統計方式進行侵襲率之計算。

## 第四章 研究結果

### 壹、建立完整之 SARS 疫情資料庫

#### 一、資料庫之建置情形

本資料庫 (SARS Minimum data set) 共有 67 個欄位，相較於本局原有之傳染病通報系統資料庫，共新增 19 個欄位，增加近三成之資料。但部分欄位資料缺少情形如下：

##### (一) 完全無資料

1. 臨床資料：包括「入院日期」、「Cerebrovascular Disease」、「Rigor at onset」以及「Malaise at onset」。
2. 暴露史：「ID of the index case. This should be a valid value in the field “ID”」及「Possible route of transmission」

##### (二) 資料不齊全

1. 臨床資料：「Cause of death (死因)」。
2. 治療情形：「Dosage (治療劑量)」。
3. 旅遊史：「Mode of transportation (移動方式)」。
4. 暴露史：「Place of exposure (暴露來源)」。

另外，為確保本資料庫之資料正確性無誤，前述資料已以亂數方式抽取 5% 病例數（共 33 人），進行各新增欄位之資料庫正確性比對，抽樣選取後之個案，其新增欄位之資料內容與原始病歷資料比對結果，皆正確無誤。

## 二、病例之基本人口學分析

本資料庫中包含 664 名 SARS 可能病例，其中男性共有 317 名（47.7%），女性共有 347 名（52.3%）；平均年齡為 47.29 歲。

## 貳、醫護相關人員之 SARS 侵襲率之計算

依據 92 年 5 月 20 日衛署醫字第○九二○○二七四一八號令發布之「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助補償要點」（附錄一）中第二項之規定，符合領取上述要點中之津貼對象為下列各項人員：

- （一）設有隔離病房之醫院，其實際執行疑似或可能感染嚴重急性呼吸道症候群病人醫療、照護之醫事人員及在該隔離病房區或隔離區服務之其他相關工作人員。
- （二）收治疑似或可能感染嚴重急性呼吸道症候群病人之專責醫院或封院隔離繼續醫療、照護病人之醫院，其執行醫療、照護之醫事人員及在隔離區服務之其他相關工作人員。

(三) 本署指定執行嚴重急性呼吸道症候群檢體檢驗工作之檢驗人員。

因此，符合上開規定之醫療院所於規定之請領期限內，由醫院核實造具名冊，向衛生署申請相關津貼，經由原衛生署醫政處確認資料正確無誤後，始進行津貼發放作業。

本研究針對 2003 年 3-7 月台灣地區爆發重大院內感染事件之主要醫院，進行醫護相關人員之 SARS 侵襲率(attack rate)之計算，用以嘗試評估院內感染控制策略實施之成效，台灣地區爆發重大 SARS 院內感染之事件先後順序詳見附圖。

### 一、台北市立和平醫院

共有 971 名醫護相關人員符合領取津貼條件者，其中 40 名被通報為「嚴重急性呼吸道症候群」，最後僅有 23 名被判定為「SARS 可能病例」，故該院之醫護人員 SARS 侵襲率約為 2.37%。

### 二、仁濟醫院

因該醫院未申請相關津貼，故無法透過此方式得知該院之醫護相關人員之 SARS 侵襲率。

### 三、台大醫院

共有 1706 名醫護相關人員符合領取津貼條件者，其中 14 名被通報為「嚴重急性呼吸道症候群」，最後有 10 名被判定為「SARS 可能病例」，故該院之醫護人員 SARS 侵襲率約為 0.59%。

#### 四、高雄長庚醫院

共有 840 名醫護相關人員符合領取津貼條件者，其中 7 名被通報為「嚴重急性呼吸道症候群」，最後有 4 名被判定為「SARS 可能病例」，故該院之醫護人員 SARS 侵襲率約為 0.48%。

#### 五、台北市立關渡醫院

共有 144 名醫護相關人員符合領取津貼條件者，無任何醫護相關人員被通報為「嚴重急性呼吸道症候群」，故該院之醫護人員 SARS 侵襲率約為 0。

#### 六、台北市立陽明醫院

共有 300 名醫護相關人員符合領取津貼條件者，無任何醫護相關人員被通報為「嚴重急性呼吸道症候群」，故該院之醫護人員 SARS 侵襲率約為 0。

# 第五章 討論與建議

## 壹、結果與討論

### 一、建立完整之 SARS 疫情資料庫：

本研究所建立完整之 SARS 疫情資料庫，主要是希望可提供未來台灣地區如爆發重大疫情時，可即時建立完整之疫情通報資料庫，以供疾病防治之政策擬定依據，而疾病防治之政策擬定與疾病之病程息息相關，但本研究發現在部分「臨床資料」及更細部之「疾病暴露史」的部分，缺失情形嚴重，因疫情初始之期，尚未及考量此部分資料之收集，後期亦無思考此部分資料收集之重要性，故如需進一步瞭解疾病之病程或完整之疾病傳染模式，就無法由此資料庫獲得資訊，這樣就可能喪失全國性資料庫之意義。

### 二、醫護相關人員之 SARS 侵襲率之計算：

本研究所計算之 5 所醫院醫護相關人員之 SARS 侵襲率，依據爆發院內感染之事件先後順序，其 SARS 侵襲率分別由 2.37%、0.59% 以及 0.48%，最後終為 0%，故由醫護相關人員 SARS 侵襲率之下降趨勢，可概略得知本局於和平醫院爆發重大院內感染事件後，所推行之院內感染控制措施，有其一定之成效。

另外，本研究所計算之台北市立和平醫院醫護相關人員之 SARS 侵襲率約為 2.37%，相較於 WHO 於「SARS: How a Global Epidemic was stopped」一書中所述之研究結果<sup>[13]</sup>，爆發嚴重院內感染之台北市立和平醫院 B8 病房之醫護人員 SARS 侵襲率為 62%，本研究之粗略估計值較低。兩者估計值落差甚大之可能原因如下：

1. 本研究之 SARS 侵襲率計算期間為 2003 年 3-7 月，包含台灣地區主要疫情流行期間，相較於 WHO 研究所估計之時間僅為，本研究期間較長。
2. 本研究所使用醫護人員名單之資料來源，涵蓋所有 SARS 疫情流行期間，該院所有與照護病人相關之醫護相關人員，包含醫師、護理人員、工友、行政人員、其他醫療技術人員，及爆發疫情流行後其他醫院派遣之支援人力，故所涵蓋之疾病可感受族群較廣。

## 貳、研究限制

### 一、針對「建立完整之 SARS 疫情資料庫」部分，共有兩項研究限制

- (一) 受限於本局現有人力配置，以及通報病例之疫調與病歷資料眾多而繁複，故無法再擴大「SARS Minimum data set」之病歷資料至所有 SARS 通報病例（共 3599 名），最終將僅以 92 年間

664 名通報病例為「可能病例 (Probable case)」之資料為主。

- (二) 另有關 X 光片之檢查及結果部分，原 92 年間本局業已請各通報醫院上傳 X 光掃描檔案至本局，為確保病患之隱私無虞，當時本局資訊室已利用硬碟鎖保護存取該等 X 光掃描檔案之硬碟，後因業務承辦人數次變更，已遺失該硬碟鎖，故已無法開啟原始醫院上傳之 X 光掃描檔案，本資料庫建立僅能依據本局於 92 年疫情趨緩後，陸續向醫院調病歷之 X 光檔案之資料為建檔之參考，故非為原始之資料檔案。

## 二、針對「醫護相關人員之 SARS 侵襲率之計算」部分之研究限制

- (一) 因使用「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助津貼」之二手資料庫，受限其資料收集之形式，並未細分各醫療相關人員之實際照護期間，故無法詳細推估以日為單位之 SARS 侵襲率。
- (二) 同樣因受限於上述二手資料之型態，無法詳細區分各醫療照護相關人員之服務區域，故無法進一步推估醫院各區域（如和平醫院爆發重大院內感染之 B8 病房）之疾病侵襲率。

## 參、建議

本研究嘗試建立完整之 SARS 疫情資料庫，並以國際資料庫（SARS Minimum data set）為標準化之依據，因此，未來將可進一步與國際比較，瞭解台灣地區 SARS 疫情之流行病學與國外其他主要 SARS 流行地區之差異。

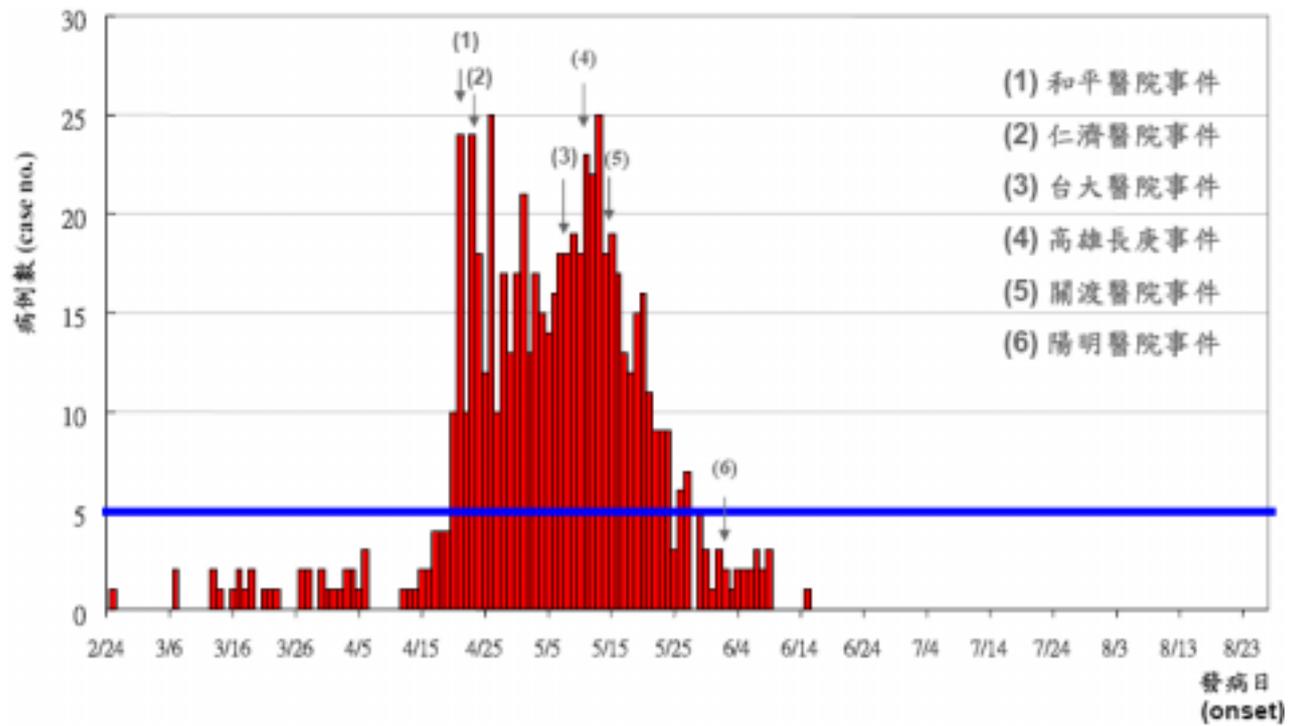
另外，本研究嘗試使用「執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助津貼」之資料庫，並選取爆發重大院內感染事件之醫院，進行醫療照護相關人員之 SARS 侵襲率之計算，雖為粗估之資料，並未進行進一步之統計檢定。未來在人力考量下，可進一步進行全國各醫院之 SARS 侵襲率之計算與比較，可得到更完整之台灣 SARS 侵襲率。

最後，建立完整之 SARS 疫情資料庫，主要是希望可提供未來台灣地區如爆發重大疫情時，可即時建立完整之疫情通報資料庫，故如能於疫情後一段期間，即時補充臨床用藥、病程變化及更詳盡之疫情調查等之資料，將可供更完整之疾病判定之依據、瞭解完整疾病之病程與演進以及窺視傳染模式之全貌，亦能提供修正臨床診斷與治療之重要依據。

## 第六章 參考文獻

1. Pang, Xinghuo et al.; Evaluation of Control Measures Implemented in the Severe Acute Respiratory Syndrome Outbreak in Beijing, 2003; JAMA. 290(24); 2003 Dec.
2. S H Lee; The SARS epidemic in Hong Kong; J Epidemiol Community Health; 57; 2003.
3. Svoboda, Tomislav et al.; Public Health Measures to Control the Spread of the Severe Acute Respiratory Syndrome during the Outbreak in Toronto; N Engl J Med ; 350(23); 2004 June 3
4. Annelies Wilder-Smith et al.; Short communication: Low risk of transmission of severe acute respiratory syndrome on airplanes: the Singapore experience; Tropical Medicine and International Health; 8 ( II ) ; 2003 Nov.
5. Severe Acute Respiratory Syndrome --- Singapore, 2003; MMWR;52(18); 2003 May 9.
6. Le DH et al.; Lack of SARS transmission among public hospital workers, Vietnam; Emerg Infect Dis.;10(2);2004 Feb.
7. M.-C. Tsai et al.; Implementation of the hospital emergency incident command system during an outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) at a hospital in Taiwan, ROC; The Journal of Emergency Medicine, 28(2); 2005 Feb.
8. Kow-Tong Chen et al.; SARS in Taiwan: an overview and lessons learned; International Journal of Infectious Diseases;9(2); 2005 Mar.
9. 行政院衛生署疾病管制局；抗 SARS 關鍵紀錄；2004 年 5 月
10. Steven M. Teutsch, R. Elliott Churchill; Principles and practice of public health surveillance-2<sup>nd</sup> ed.; New York; Oxford University press; 2000
11. Kenneth J. Rothman; Epidemiology: an introduction; New York; Oxford University press; 2006
12. Johan Giesecke; Modern infectious disease epidemiology-2<sup>nd</sup> ed.; New York; Oxford University press; 2002
13. SARS: How a Global Epidemic was stopped; WPRO Nonserial Publication; 2006

【附圖】台灣地區 SARS 可能病例流行曲線



台灣地區 SARS 可能病例流行曲線

## 【附錄】執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治人員補助補償要點 (92年05月20日發佈)

- 一、行政院衛生署（以下簡稱本署）為辦理嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例（以下簡稱本條例）第十二條及第十三條第二項所定補助、補償事項，特訂定本要點。
- 二、本條例第十二條第一項所定發給津貼之對象，指下列各款人員：
  - （一）設有隔離病房之醫院，其實際執行疑似或可能感染嚴重急性呼吸道症候群病人醫療、照護之醫事人員及在該隔離病房區或隔離區服務之其他相關工作人員。
  - （二）收治疑似或可能感染嚴重急性呼吸道症候群病人之專責醫院或封院隔離繼續醫療、照護病人之醫院，其執行醫療、照護之醫事人員及在隔離區服務之其他相關工作人員。
  - （三）本署指定執行嚴重急性呼吸道症候群檢體檢驗工作之檢驗人員。

前項所稱之津貼，其基準如下：

- （一）醫師：每人每日新臺幣一萬元。
- （二）護理人員：每人每班新臺幣三千元。
- （三）前二款以外之其他醫事人員：每人每日新臺幣三千元。
- （四）前三款以外之其他相關工作人員及負責檢體檢驗工作之檢驗人員：每人每日新臺幣二千元。

- 三、本條例第十二條第一項所稱補助之對象，指下列各款人員：

- （一）公立醫療機構調派或支援前點第一項所定醫院，執行醫療、照護之醫事人員。
- （二）私立醫療機構或其他自願或支援前點第一項所定醫院，執行醫療、照護之醫事人員。

前項所稱之補助，其基準如下：

- （一）住院醫師：每人每個月新臺幣十萬元。
- （二）主治醫師：每人每個月新臺幣三十萬元。
- （三）前二款以外之其他醫事人員：每人每個月新臺幣六萬元。
- （四）前款人員為主管者：每人每個月新臺幣七萬元。

- 四、本條例第十二條第二項所定補償之對象，指公、私立醫療（事）機構與其他相關機關（構）、學校、團體之人員，因執行本條例所定防治工作，直接與感染嚴重急性呼吸道症候群病人、屍體或疑似感染者接觸，致感染嚴重急性呼吸道症候群者。

前項所稱之補償，其基準如下：

- （一）感染嚴重急性呼吸道症候群者：新臺幣三十五萬元。

(二) 感染嚴重急性呼吸道症候群致身心障礙者：

1. 重度或極重度身心障礙：新臺幣一千萬元。

2. 中度身心障礙：新臺幣五百萬元。

3. 輕度身心障礙：新臺幣二百六十五萬元。

(三) 感染嚴重急性呼吸道症候群致死亡者：新臺幣一千萬元。

前項第二款身心障礙等級之鑑定，依身心障礙者保護法及其相關法規規定辦理。

五、本條例第十三條第二項所稱因執行本條例防治工作致身心障礙或死亡者之子女教育費用，指學費及雜費。

六、本要點所定津貼，由醫院核實造具名冊（格式如附件一），向本署申請之。

七、本要點所定補助，由醫院核實造具名冊（格式如附件二），向本署申請之。

八、本要點所定補償，由第四點人員本人或其遺族填具申請書，並檢具下列文件，向本署申請之：

(一) 申請人為本人者：醫院出具感染嚴重急性呼吸道症候群之診斷證明書或身心障礙手冊。

(二) 申請人為遺族者：醫院出具死亡原因為感染嚴重急性呼吸道症候群之證明文件及其他本署指定之文件。

前項所稱遺族，依下列順序定之；其已依其他法令規定領取性質相同之給付者，應予抵充：

(一) 配偶。

(二) 直系血親卑親屬親等較近者。

(三) 父母。

(四) 兄弟姊妹。

(五) 祖父母。

同一順序遺族有數人時，得備具委託書委託其中一人檢具被繼承人除戶戶籍謄本、全戶戶籍謄本、國民身分證及印章代表辦理。

九、本要點所定教育費用，由子女本人或其法定代理人填具申請書，並檢具身分證明文件、學生證影本及繳費單據，向本署申請之。

十、本要點所需經費，由嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困特別預算項下支應。

## 壹、研究專題本文

### 一、緣起

2003年03月中旬，衛生機關透過管道偵測到台灣地區可能已出現首例嚴重急性呼吸道症候群（SARS）疑似病例後，衛生署於第一時間立即採取相關因應措施，並自03月17日至03月27日間，由副署長層級主持每日在疾病管制局召開之「研討嚴重急性呼吸道症候群（非典型肺炎）相關事宜」會議。

前項會議除邀集相關部會（包括：國防部軍醫局、交通部觀光局、民用航空局、內政部、警政署入出境管理局、外交部領事事務司、教育部、行政院大陸委員會、海岸巡防署、農業委員會動植物防疫檢疫局、勞工委員會、新聞局等）派員共同研議傳染病防治之跨部會事宜外，同時商請多位服務於台大醫院、三軍總醫院、馬偕醫院、國家衛生研究院、中央研究院、台灣大學公共衛生學院等單位之學者專家出席，針對因應SARS此一未知新興疫病之威脅，在臨床診斷、治療及傳染病流行病學等重要議題上所造成之棘手問題進行廣泛討論，並在全球對其防治資訊皆不足之嘗試錯誤中，逐步摸索並

修正其最適宜之因應措施。

自世界衛生組織於 2003 年 03 月 15 日將疫情起源於廣東地區之非典型肺炎，正式命名為嚴重急性呼吸道症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS）之後，國內即陸續有人提出是否應立即將其列入當時傳染病防治法所規範之「第四類傳染病」（即新感染症或其他傳染病），並施行相關防治措施。至 03 月 26 日衛生署召開之「研討嚴重急性呼吸道症候群相關事宜」第八次會議，經與會專家針對是否將 SARS 列為法定傳染病乙事討論之結果如次：「因考量目前尚無有效診斷 SARS 之檢驗工具，且現行採取相關通報及防治措施均能正常運作下，暫不考慮列入法定傳染病」。其後，衛生署於 03 月 28 日正式公告（署授疾字第 0920000116 號）指定嚴重急性呼吸道症候群為第四類傳染病。

## 二、新增通報疫病（法定及報告傳染病）之歷史回顧

綜觀我國推動防疫工作之相關歷史，衛生主管機關多以制定或修正法律、公告或發布行政命令（公文下達周知）等方式，達到新增通報疫病（包括法定傳染病及報告傳染病）之目的。茲將其中之相關重要事件，依時間順序分列如下：

一、 33 年 12 月 06 日：制定傳染病防治條例，並首次公布 12 項法

定傳染病。

- 二、 44 年：台灣省政府陸續以行政命令發布百日咳、破傷風、小兒麻痺症、瘧疾、日本腦炎及恙蟲病等 6 項疾病為「應報告傳染病」，並通令各醫療機構，凡發現該等患者，應即報告。
- 三、 63 年：行政院衛生署陸續增列開放性肺結核、結核性腦膜炎、麻疹、急性病毒性肝炎等 4 項疾病為應報告傳染病。
- 四、 72 年 01 月 19 日：修正傳染病防治條例，並公布 13 項法定傳染病。
- 五、 74 年：行政院衛生署將後天免疫缺乏症候群（愛滋病）列為應報告傳染病。
- 六、 77 年：行政院衛生署陸續將登革熱、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、風濕熱、癩病、腮腺炎、淋病及梅毒等 8 項疾病納入應報告傳染病之範圍。
- 七、 79 年 12 月 17 日：制定公布後天免疫缺乏症候群防治條例，遂將愛滋病增列為法定傳染病之一。
- 八、 83 年：行政院衛生署復增列急性無力肢體麻痺症為應報告傳染病。
- 九、 88 年 06 月 23 日：修正傳染病防治條例並更名為傳染病防治法，同時公布 38 項法定傳染病。

- 十、 90 年 12 月 03 日：行政院衛生署公告漢他病毒出血熱、漢他病毒肺炎症候群為第三類甲種傳染病。
- 十一、 92 年 03 月 28 日：行政院衛生署公告指定嚴重急性呼吸道症候群為第四類傳染病。
- 十二、 92 年 05 月 02 日：制定公布嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例。
- 十三、 92 年 08 月 19 日：行政院衛生署公告指定嚴重急性呼吸道症候群為第一類傳染病。
- 十四、 93 年 01 月 20 日：修正傳染病防治法，並公布 39 項法定傳染病。
- 十五、 93 年 12 月 29 日：行政院衛生署公告新型流行性感冒為指定傳染病
- 十六、 95 年 02 月 09 日：行政院衛生署公告天花、拉薩熱、裂谷熱、馬堡病毒出血熱、西尼羅熱為指定傳染病。

### 三、新增指定法定傳染病之立法例及其規定之沿革

#### (一) 傳染病防治條例 (民國 33 年 12 月 06 日制定公布)

##### 第一條

本條例所稱傳染病，謂左列各種急性病：

- 一、霍亂。
- 二、桿菌性及阿米巴性痢疾。
- 三、傷寒、副傷寒。
- 四、天花。
- 五、流行性腦脊髓膜炎。
- 六、白喉。
- 七、猩紅熱。
- 八、鼠疫。
- 九、斑疹傷寒。
- 十、回歸熱。

前項各款以外之傳染病認為有應依本條例施行防治之必要時，得由衛生署臨時指定之。

### 1.指定法定傳染病之範圍

除霍亂、桿菌性及阿米巴性痢疾、傷寒、副傷寒、天花、流行性腦脊髓膜炎、白喉、猩紅熱、鼠疫、斑疹傷寒、回歸熱等十二項疫病以外之其他急性傳染病。

### 2.指定法定傳染病之條件

衛生署認為有應依傳染病防治條例施行防治之必要時。

### 3.指定法定傳染病之時機

由衛生署臨時指定之。

#### (二)傳染病防治條例（民國 72 年 01 月 19 日修正公布）

##### 第二條

本條例所稱傳染病如左：

- 一、霍亂。
- 二、桿菌性及阿米巴性痢疾。
- 三、傷寒、副傷寒。
- 四、流行性腦脊髓膜炎。
- 五、白喉。
- 六、猩紅熱。
- 七、鼠疫。
- 八、斑疹傷寒。
- 九、回歸熱。
- 十、狂犬病。
- 十一、黃熱病。

前項各款以外之傳染病，中央衛生主管機關認為有依本條例

施行防治之必要時，得臨時指定之。

## 1.指定法定傳染病之範圍

除霍亂、桿菌性及阿米巴性痢疾、傷寒、副傷寒、流行性腦脊髓膜炎、白喉、猩紅熱、鼠疫、斑疹傷寒、回歸熱、狂犬病、黃熱病等十三項疫病以外之其他傳染病。

備註：

法定傳染病範圍之變動：刪除天花、增列狂犬病、黃熱病。

## 2.指定法定傳染病之條件

中央衛生主管機關（行政院衛生署）認為有依傳染病防治條例施行防治之必要時。

## 3.指定法定傳染病之時機

由中央衛生主管機關臨時指定之。

## 肆、第四類傳染病(88年06月23日修正公布傳染病防治法)

### 第三條

本法所稱傳染病及其分類如下：

一、第一類傳染病：霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病

毒出血熱。

二、第二類傳染病：

(一) 甲種：流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、

傷寒、副傷寒、炭疽病。

(二) 乙種：小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、

開放性肺結核。

三、第三類傳染病：

(一) 甲種：登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、

腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症。

(二) 乙種：結核病（除開放性肺結核外）、日本腦炎、

癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、

百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病

毒性肝炎（除A型外）、腮腺炎、水痘、退

伍軍人病、侵襲性b型嗜血桿菌感染症、梅

毒、淋病、流行性感冒。

四、第四類傳染病：其他傳染病或新感染症，經中央主管機

關認為有依本法施行防治之必要時，得

適時指定之。

前項第四款之第四類傳染病，其病因、防治方法確定後，得由中央主管機關重行公告歸入第一款至第三款之第一類、第二類或第三類傳染病。

### 1.指定第四類傳染病之範圍

除第一類傳染病（霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病毒出血熱）、第二類甲種傳染病（流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、炭疽病）、第二類乙種傳染病（小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、開放性肺結核）、第三類甲種傳染病（登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症）、第三類乙種傳染病（除開放性肺結核以外之結核病、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、除A型以外之急性病毒性肝炎、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性b型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒）以外之其他傳染病或新感染症。

備註：

法定傳染病範圍之變動：刪除回歸熱，限縮斑疹傷寒為流行性斑疹傷寒，除保留其餘原有之十一項法定傳染病外，同時大幅增列法定傳染病之項目，並將其分為：第一類、第二類甲種、第二類乙種、第三類甲種、第三類乙種、第四類傳染病等四大類計六種。

## **2.指定第四類傳染病之條件**

經中央主管機關（行政院衛生署）認為有依傳染病防治法施行防治之必要時。

### **（一）指定第四類傳染病之時機**

由中央主管機關適時指定之。

### **（二）第四類傳染病之重行公告規定**

第四類傳染病之病因、防治方法確定後，得由中央主管機關重行公告，將其歸入第一類、第二類或第三類傳染病。

## **五、新感染症及指定傳染病（93年01月20日修正公布傳染病防治法）**

### 第三條

本法所稱傳染病如下：

一、第一類傳染病：霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉

病毒出血熱、炭疽病、嚴重急性呼吸道  
症候群。

二、第二類傳染病：流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓

膜炎、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿  
菌性痢疾、阿米巴性痢疾、登革熱、瘧  
疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、腸道  
出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併  
發重症、漢他病毒症候群。

三、第三類傳染病：結核病、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天

性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷  
風、恙蟲病、急性病毒性肝炎(除A型外)、  
腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性b型嗜  
血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒併  
發重症。

四、指定傳染病：指前三款以外已知之傳染病或症候群，經中央

主管機關認有依本法施行防治之必要而予以

公告者。

五、新感染症：指未知之新興傳染病或症候群，其症狀或治療結

果與已知傳染病明顯不同，且經中央主管機關認

定其傳染流行可能對國民健康造成重大影響，有

依本法施行防治之必要，而予以公告者。

前項傳染病，因其病因、防治方法之確定或變更，而有重行歸類或廢止必要者，應即檢討修正；情況急迫時，中央主管機關得先行公告調整其歸類或廢止之。

前二項公告內容，中央主管機關於必要時，得先以傳播媒體、網際網路等方式宣布之。

## (一) 傳染病指定之範圍

### 1. 指定傳染病之指定範圍

除第一類傳染病（霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病毒出血熱、炭疽病、嚴重急性呼吸道症候群）、第二類傳染

病（流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、漢他病毒症候群）、第三類傳染病（結核病、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、除A型以外之急性病毒性肝炎、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性b型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒併發重症）以外之已知傳染病或症候群。

## 2.新感染症之指定範圍

除以上第一類、第二類、第三類及指定傳染病以外之未知新興傳染病或症候群。

備註：

法定傳染病範圍之變動：增列嚴重急性呼吸道症候群（曾於92年03月28日公告為第四類傳染病，其後並於92年08月19日重行公告歸入第一類傳染病）、整併開放性肺結核及其以外之結核病為結核病、整併90年12月03日公告新增之漢他病毒出血熱及漢他病毒肺症候群為漢他病毒症候群、限縮流

行性感冒為流行性感冒併發重症，重新劃分法定傳染病之類別為：第一類、第二類、第三類、指定傳染病及新感染症等五大類。

## (二)傳染病指定之條件與時機

### 1.指定傳染病之指定條件與時機

經中央主管機關認有依傳染病防治法施行防治之必要而予以公告。

### (一)新感染症之指定條件與時機

經中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成重大影響，有依傳染病防治法施行防治之必要，而予以公告。

## (三)法定傳染病之重行歸類、廢止及公告相關規定

1. 因傳染病病因、防治方法之確定或變更，而有重行歸類或廢止必要者，中央主管機關應即檢討修正。情況急迫時，得先行公告調整傳染病之歸類或廢止之。
2. 中央主管機關於必要時，得先以傳播媒體、網際網路等方式，宣布傳染病相關之公告內容。

備註：

經歸納及整理現行法定傳染病之指定公告、廢止及歸類等相關規定及實際運作之情形，業彙整「非法定傳染病納入傳染病防治法例行防治之公告指定、歸類及廢止等相關規範流程」（如附圖一），後續將於本研究專題中，提出進一步之說明與討論。

### 小結：

我國歷年有關新增指定法定傳染病（如：第四類傳染病、指定傳染病、新感染症）或報告傳染病之制度及其相關規定，多為因應國內、外突發疫情（如：77年登革熱、88年腸病毒感染的併發重症、92年嚴重急性呼吸道症候群等流行事件）或推動重要防疫政策（如：74年後天免疫缺乏症候群、83年急性無力肢體麻痺症等）之時，始有較大幅度之檢討與修正。長遠而言，似宜將其相關指定作業及規範予以法制化，以利兼顧突發疫情之應變及行政程序之周延問題。

經由本研究專題之探討過程，業完成有關「新增法定傳染病的指定與公告規定之沿革」、「現行防疫法規依傳染病類別而設定不同之規範」、「傳染病隔離病房分類、指定醫院層級及病人處置措施（分別依「感染症防治醫療網成立前、後」及「SARS流行疫情發生前、流行疫情期間、後SARS前期、後SARS後期」分析）」、「日本傳染病

患者分級醫療及其指定醫療機構制度」、「現行傳染病防治法條文規定  
主管機關應（得）辦理事項」等資料之比較與分析，茲將前述相關表  
格整理如後（附表一至附表八），提供各界查閱與參考之用。

## 貳、其他相關新興傳染病研究議題之探討與心得

### 一、非法定傳染病納入傳染病防治法例行防治之公告指定、歸類及廢止等相關規範

經歸納歷年及現行有關法定傳染病之公告、廢止及歸類等相關規定及其實際運作之情形，業彙整「非法定傳染病納入傳染病防治法例行防治之公告指定、歸類及廢止等相關規範流程」（詳如附圖一）。茲就其中相關法制作業之方式及其曾實際執行之案例，提出摘要說明如下：（詳細內容參閱附表一及附表二）

#### （一）以「公告」方式進行傳染病指定、廢止及重行歸類之案例

##### 1. 經公告指定新增之法定傳染病

##### （1）將已知之疫病指定為法定傳染病

- a. 漢他病毒出血熱、漢他病毒肺症候群：行政院衛生署 90/12/03 公告（衛署疾管字第 0900073986 號）為第三類甲種傳染病。
- b. 新型流行性感冒：行政院衛生署 93/12/29 公告（署授疾字第 0930001246 號）為指定傳染病。
- c. 天花、拉薩熱、裂谷熱、馬堡病毒出血熱、西尼羅熱：行政

院衛生署 95/02/09 公告（署授疾字第 0950000053 號）為指定傳染病。

**(2) 將原先未知之疫病指定為法定傳染病**

嚴重急性呼吸道症候群：行政院衛生署 92/03/28 公告（署授疾字第 0920000116 號）指定為第四類傳染病。

2. 經公告廢止之法定傳染病：目前尚未有經由公告方式而廢止之傳染病案例發生。

3. 經公告重行歸類之法定傳染病

嚴重急性呼吸道症候群：行政院衛生署 92/08/19 公告（署授疾字第 0920001399 號）指定其由第四類傳染病重行歸類為第一類傳染病。

**(二) 以「修法」方式進行傳染病指定、廢止及歸類之之案例**

**1. 經修法新增之法定傳染病**

(1) 狂犬病、黃熱病：傳染病防治條例 72/01/19 修正公布，同時新增之法定傳染病。

(2) 伊波拉病毒出血熱等 27 項疫病：傳染病防治法 88/06/23 修

正公布，同時新增之法定傳染病。

## 2. 經修法廢止之法定傳染病

- (1) 天花：傳染病防治條例 72/01/19 修正公布，同時廢止之法定傳染病。
- (2) 回歸熱：傳染病防治條例 88/06/23 修正公布，同時廢止之法定傳染病。

## 3. 經修法重行歸類之法定傳染病

- (1) 傳染病防治法 88/06/23 修正公布時，除大幅增列法定傳染病之項目外，並將其分為：第一類、第二類甲種、第二類乙種、第三類甲種、第三類乙種、第四類等四大類別（計六種），係首次將法定傳染病予以歸類管理。
- (2) 傳染病防治法 93/01/20 修正公布時，再次劃分法定傳染病之類別，將其分為：第一類、第二類、第三類、指定傳染病及新感染症等五大類別，進行傳染病之重新歸類與管理。
- (3) 依行政院衛生署 95 年版「傳染病防治法修正草案」之內容，將三度修正法定傳染病類別之劃分原則，除保留第一類、第二類及第三類傳染病外，並將現行之指定傳染病及新感染症兩項，依其防治作為之幅度及目的（如：監視疫情發生、施

行相關防治或建立緊急防治對策等)，重新分類為第四類及第五類傳染病。同時，基於疫病防治現況之考量，預定調整霍亂之類別，自第一類傳染病重行歸類為第二類傳染病。

### 小結：

由上述之討論及分析可知：依現行傳染病防治法之規定，主管機關對於傳染病之新增指定、廢止及重行歸類等相關規範，主要係以「公告」或「修法」之方式為之。而歷年來，非法定傳染病納入防疫法規例行防治之實際運作情形，亦多透過此兩種模式，進行有關法定傳染病之項目及類別之調整作業。

由於法定傳染病項目及類別之律定，係基於疫病防治之考量，故除其相關法制作業須符合行政程序法之規定外，其實際調整作業應考量及評估之相關專業因素，亦宜予以明文規範與制度化。有關此一部分議題，後續將於本研究專題中提出進一步之討論（詳見「非法定（已知）傳染病納入例行防治之考量因素」乙節內容）。

## **二、公共衛生措施對於疫病防治所能達成之目標層級**

### **（一）第一層級：疾病之控制（Control）**

1. 目標說明：經由公共衛生之積極介入措施，達成疾病發生

率、盛行率、疾病率或致死率降低至當地可以接受水準之結果。

2. **目標限制**：需要持續性之公共衛生介入措施，以維持此一降低目標之成果。
3. **相關案例**：腸道傳染性疾病。

## **(二) 第二層級：疾病之清除 (Elimination of Disease)**

1. **目標說明**：經由公共衛生之積極介入措施，在某地區達成特定疾病之發生率降低至零之結果。
2. **目標限制**：需要持續性之公共衛生介入措施，以維持此一降低目標之成果。
3. **相關案例**：新生兒破傷風。

## **(三) 第三層級：感染之清除 (Elimination of Infection)**

1. **目標說明**：經由公共衛生之積極介入措施，在某地區達成特定致病原感染之發生率降低至零之結果。
2. **目標限制**：需要持續性之公共衛生介入措施，以預防此種傳染途徑之再度建立。
3. **相關案例**：麻疹、小兒麻痺症。

#### (四) 第四層級：疾病之根除 (Eradication)

1. 目標說明：經由公共衛生之積極介入措施，在全世界達成特定致病原感染之發生率永遠降低至零之結果。
2. 目標限制：不再需要持續性之公共衛生介入措施，來維持此一降低目標之成果。
3. 相關案例：天花。

#### (五) 第五層級：疾病之滅絕 (Extinction)

1. 目標說明：特定之致病原已不再存在於自然界或實驗室。
2. 相關案例：尚無此種案例發生。

備註：

針對疾病能否經由公共衛生介入措施而達成相關防治之目標，摘錄有關疾病可根除性 (Eradicability) 之三項必要評估指標如下：

- (一) 必須要有可資利用且有效之介入措施，以阻斷致病原之傳染。
- (二) 必須要有具相當敏感度與精確度之實用診斷工具，藉以偵測可造成疫病傳播之感染水平。
- (三) 人類必須是致病原生活史中之必要宿主，且環境中並無其他之脊椎動物傳染窩或其致病原無法在環境中增殖。

## 小結：

依據前揭討論之結果可知，目前有關公共衛生措施對疫病防治所能達成之目標層級，仍有其適用之條件或限制之處，亦即並非任何疾病皆能經由公共衛生之積極介入措施，而達成疾病全球根除甚至是滅絕之目標。

腸道傳染性疾病因其致病原或感染方式之特性，多數僅能將其發生率、盛行率、疾病率或致死率降低至某一可以接受之防治水準；至一般「疫苗可預防性疾病」(Vaccine Preventable Disease)則可透過預防接種措施之推廣，而依其執行成效分別達到疾病之清除或感染之清除等疾病控制目標之層級；惟即使是如此，仍需持續推動相關防疫措施，以持續維繫此一目標達成之成果。

### **三、傳染性疾病發生之自然史模式 (Mode of Natural History on Disease Morbidity；如附圖二)**

相關名詞解釋與說明：

#### **(一) 疾病新浮現 (Disease Emergence)**

1. 指新興傳染病之實際發生情形跨越了「浮現水平」，而被公共衛生體系監測到其浮現之情形。

2. 案例：至 2002 年年底時，SARS 已在中國大陸廣東地區造成流行，惟直到 2003 年初時，其浮現之事實始為當地防疫單位所監測到。

## **(二) 疾病受到控制或清除 (Disease Under Control or Elimination)**

指經由公共衛生之積極介入措施，在某地區達成：

1. 疾病發生率、盛行率、疾病率或致死率降低至當地可以接受水準之結果（即「疾病受到控制」）；案例：一般「疫苗可預防性疾病」多可透過預防接種措施之推廣，而達到控制疾病之目的。
2. 特定致病原感染之發生率在當地降低至零之結果（即「疾病清除」）；案例：1965 年台灣地區之瘧疾清除。

## **(三) 疾病根除 (Disease Eradication)**

1. 指經由公共衛生之積極介入措施，在全世界達成特定致病原感染之發生率永遠降低至零之結果。
2. 案例：1980 年天花之全球根除。

## **(四) 疾病再浮現 (Disease Re-emergence)**

1. 指過去已知且被控制、清除或根除之傳染病，其有再度發生或其發生率有上升趨勢時。
2. 案例：霍亂於 1990 年代在中南美洲之再次浮現與流行。

#### **(五) 疾病實際發生情形 (Actual Occurrence)**

指疾病於自然界實際上所發生之情形，通常在其浮現前甚至於已浮現且被公共衛生體系所監測到之後，疾病之實際發生情形資料可能永遠是未知的。

#### **(六) 疾病監測資料 (Surveillance Data)**

指公共衛生體系透過通報、檢驗及診斷等疾病偵測之管道，所能取得有關傳染病發生情形之監測資料。

#### **(七) 疾病之浮現水平 (Emergence Level)**

1. 指介於「疾病實際發生情形」及「疾病監測資料」間之一條假想之水平線，當疾病之流行曲線跨越了此水平線，即代表當地公共衛生體系可監測到其浮現之情形。
2. 對於傳染病監測能力越靈敏之公共衛生體系，其監測所得之資料會與疾病實際發生之情形越接近，即其浮現水平越低，故浮現水平亦代表當地公共衛生體系對於監測傳染病發生之

能力水平。

#### **(八) 有效控制措施 (Effective Control Method)**

指在公共衛生上可達成疾病控制、清除或根除等防疫目的之有效介入措施，例如：有效疫苗之全面推廣接種、致病原或傳染媒介之有效管制等措施。

備註：

另摘述有關「新興及再浮現傳染病」之補充說明資料如下：

#### **(一) 新興傳染病 (Emerging Infectious Disease)**

美國醫學研究院 (Institute of Medicine ; IOM) 曾於 1992 年對新興傳染病做出以下之定義：

1. 近年來 (通常指二十年內) 出現於人類身上之新疫病，且
2. 其發生率呈現快速增加之趨勢，且
3. 在地理分布上之範圍擴張；且/或
4. 增加或發展出新的抗藥性機制。

#### **(二) 再浮現傳染病 (Re-emerging Infectious Disease)**

依據泛美衛生組織 (Pan American Health Organization ; PAHO)

之定義如下：過去已知且其發生率被明顯控制，而有再度發生或上升趨勢之傳染病。

### (三) 「新興及再浮現傳染病」之廣義定義

一般而言，廣義的新興及再浮現傳染病，可區分為以下六種型態：

1. 新病原造成之新疾病（例如：SARS 冠狀病毒引起之嚴重急性呼吸道症候群、HIV 病毒造成之愛滋病）。
2. 舊病原引起之新病症（例如：漢他病毒引起之漢他病毒肺症候群）。
3. 舊病原在新地盤上之出現（例如：西尼羅病毒在北美洲之出現與流行）。
4. 舊病原產生新株種之流行（例如：O139 型霍亂弧菌取代傳統 O1 型之流行）。
5. 舊病原導致新宿主之疫病（例如：H5N1 禽型流行性感冒病毒導致人類之疫病）。
6. 舊病原在舊地盤上之復發流行（此為再浮現傳染病之定義；例如：登革熱病毒在中南美洲之復發流行）。

由近年來國際間一些公共衛生上之突發事件，在在強調了一個

具備可隨時處理任何疫病爆發流行事件之公共衛生體系的需求及其重要性。舉例來說：

- (一) 1993年美國南部四州曾爆發不明原因之致死疫病，其後經證實為漢他病毒肺症候群之初次流行。
- (二) 1995年在英國，首次發現了與牛海綿狀腦病（BSE：俗稱狂牛病）有關之人類新類型庫賈氏病（v-CJD）案例。
- (三) 1996年日本大阪地區發生了O157型大腸桿菌感染症之大流行，引起上萬人之感染事件。
- (四) 1997年及1999年，先後在香港及馬來西亞，分別發現了從未侵襲過人類之禽型流行性感冒及立百病毒感染症，且造成了多人死亡之流行事件。
- (五) 自1999年美國紐約市發現了原本流行於非洲及西亞地區之西尼羅熱的首例本土性個案後，疫情一直向美西地區擴大及快速蔓延，至今該疫病於美國絕大部分的州，每年皆有季節性之地方性流行發生。
- (六) 2003年爆發之嚴重急性呼吸道症候群（SARS）疫情，自中國大陸廣東偏遠地區崛起後，短時間內即透過國際交通及人員移動而快速席捲全球，為近年來新興傳染病造成舉世震驚之全球疫情的最典型案例。

此外，近年來在日本及美國，均已陸續出現有對萬古黴素具抗藥性之金黃色葡萄球菌的報告。而研究人員更發現：引起人類愛滋病之病毒，其至少早在愛滋病引起全世界流行之前二十年，已悄悄地開始感染人類族群。由於沒有任何一個人可以預測何時會有另一新型傳染病之出現或舊型態疫病之再浮現，因此，公共衛生體系必須做好萬全之準備，以便隨時對抗該等疾病之突然現身。

### 小結：

- (一) 因人類與微生物間之生存競爭將永不止息，故新興及再浮現傳染病會不斷地推陳出新。因此，每一個世代都必須去面對並解決與其共存且特有之新興及再浮現傳染病問題。
- (二) 任何疫病都有可能在適當的條件下，於適當的時間、地區或人群中，而躍身成為該族群於當時、當地之「新興及再浮現傳染病」。
- (三) 新興及再浮現傳染病是動態的概念，會隨人、時、地之變遷而有所不同，故公共衛生體系對於其防治工作，應持續投入相當之人力與資源，以推動有效之因應措施。
- (四) 正確地說，「新興及再浮現傳染病」並非固定指某一些特殊之疫病而言，它們應該是一種會不斷發生且需要我們共同面對

並持續解決的公共衛生上之重要課題。

#### 四、非法定（已知）傳染病納入例行防治之考量因素

為探討有關非法定（已知）傳染病納入相關法規進行防治時，中央主管機關應予考量因素之議題，茲以 1995 年浮現之新類型庫賈氏病（variant CJD; v-CJD）為假想案例，就下列相關因素，提出簡要之評估與思考方向：

##### （一）有關流行病學因素部分

##### 1. 流行情形（人時地分析）

台灣地區 87 至 93 年新類型庫賈氏病每百萬人口之年發生率平均約為 0.54，與其他國家並無差異；在臨床上，目前國內尚未發現有新類型庫賈氏病之個案，且全球新類型庫賈氏病病例之可能感染來源，皆與牛海綿狀腦病（BSE）之流行地區有高度相關。

##### 2. 感染來源及傳染模式

人類庫賈氏病（CJD）一般有下列四種感染來源及傳播方式：

（1）散發性：屬罕見之老化現象，約佔 CJD 病例之 85-90 %。

- (2) 遺傳性：屬家族顯性遺傳疾病，約佔 CJD 病例之 5-10 %。
- (3) 醫源性：因醫療行為或手術（如眼角膜移植、荷爾蒙刺激素注射等）污染而傳播，佔 CJD 病例之比率通常少於 5 %。
- (4) 新類型庫賈氏病：截至 2006 年 12 月為止，全球已發現約 200 例 v-CJD 個案，可能皆與食用 BSE 牛隻之產品有高度相關之可能性。

### 3. 風險評估項目

- (1) 本土病原、病媒及環境條件：我國目前仍為 BSE 非疫區。
- (2) 國際間之人員流動：在自然狀況下，v-CJD 不會人傳人。
- (3) 食品、動物之進口檢疫措施：台灣地區自 94 年 04 月起，已重新開放美國（曾有散發 BSE 案例發生之地區）牛肉之進口。
- (4) 走私活動：相關活動應屬極為少數。
- (5) 候鳥、病媒之遷徙：與本項因素無關。
- (6) 生物恐怖威脅：僅具低度相關性。

#### (二) 有關宿主因素部分

- 1. 易感性人群：v-CJD 與人類食用 BSE 牛隻之產品有高度相關。
- 2. 病例診斷方法：以腦組織神經病理檢查進行確診，而以其他之臨床診斷及實驗室檢驗為輔。

3. 臨床治療方法：目前尚無法治癒，僅能施以安寧照護。
4. 致死率、後遺症：一般 CJD 發病後之平均存活約 4 個月，而 v-CJD 患者約可存 14 個月。其後遺症包括：記憶喪失及混淆、慢性痴呆化、運動神經失調、肌躍症、失明及喪失語言能力等，通常患者最後會因腦部功能逐漸喪失而死亡。

### (三) 有關病原體及環境因素部分

1. 病原檢驗方法：以腦組織切片作病理、免疫學等檢查（且須有 P3 等級以上之專屬實驗室）。
2. 病媒控制方法：與本項因素無關。
3. 環境消毒方法：因其致病原（Prion）對紫外線、輻射線照射及消毒劑均有很強的抵抗性，故一般常用的物理或化學方法均無效。目前較有效的消毒方法為：

(1) NaOH 浸泡法：以 1N 的 NaOH 浸泡 60 分鐘。

(2) 高壓熱消毒法：以 134°C 之真空加熱 18 分鐘；或以 132°C 之標準壓力鍋加熱 60 分鐘。

4. 疫苗可預防性：目前尚無相關疫苗。

### (四) 有關行政作業因素部分

1. 監測系統：目前係委託台灣神經學學會以研究計畫方式進行監測。
2. 通報時限：可參考英、美等國之監測經驗，訂定適當之規範。
3. 疫情調查：目前亦由台灣神經學學會以研究計畫方式辦理，必要時，得請當地衛生單位參與並協助。
4. 隔離治療：在醫護人員已採取適當之感染控制措施前題下，病患應無需特別隔離治療。
5. 感染控制：已制定有相關參考規範（例如：台灣神經學學會與衛生署疾病管制局共同編印之「庫賈氏病及其他人類傳播性海綿樣腦症感染控制與病例通報指引手冊」）。
6. 死亡處置：同前項之相關參考規範。
7. 病例追蹤管理：直至疑似病例被排除或個案死亡為止。
8. 法令規章：必須依法定程序公告為指定傳染病或進行修法，始能將其納入為法定傳染病。
9. 相關防治經費需求
  - (1) 硬體建置費：Prion 專屬 P3 實驗室造價約需 5000 萬元。
  - (2) 每年經常性業務費：每年實驗室維持費約需 300 萬；病患之醫療給付等費用約 400 萬(以每年 20 人 x 5 萬/月 x 4 月估計)。

10. 相關人員訓練：防疫、醫療及實驗室等相關工作人員之教育訓練仍待加強。

### 小結：

綜合以上之分析與例證討論，對於原先未知之新興疫病或目前已知之非法定傳染病，中央主管機關如認為有依法施行防治必要時，可能需要列入考量之相關因素及其評估之項目如下：

#### **(一) 流行病學因素部分**

包含：流行情形之人時地分析、感染來源及傳染模式、風險評估（如：本土病原、病媒及環境條件、國際間之人員流動、食品、動物之進口檢疫措施、走私活動、候鳥、病媒之遷徙、生物恐怖威脅等）項目。

#### **(二) 宿主因素部分**

包含：易感性人群、病例診斷方法、臨床治療方法、致死率、後遺症等項目。

#### **(三) 病原體及環境因素部分**

包含：病原檢驗方法、病媒控制方法、環境消毒方法、疫苗

可預防性等項目。

至其他可能須配合列入評估之行政作業因素及應予規劃之相關標準處理作業流程尚包括：疾病監測系統、病例通報時限、患者隔離治療、感染控制、死亡處置、追蹤管理等，以及相關行政配套之措施（如：法規修正、公告或其他行政程序、經費需求預估與籌措、人員訓練等）事項。此外，對於有關選擇列入法定傳染病防治之時機（如：配合國內、外疫情之發展、防疫政策決定之程序、立法機關之運作、專家學者意見及輿情反應等影響因素），亦宜一併納入考量。

## 五、傳染病防治之動態流程（如附圖三）

相關名詞解釋與說明：

### （一）疫病動態防治

指隨著科技對致病原、宿主及環境等因素之研究與進展，並考量疫病於特定地區之主要發生情形，進而評估及決定適合其防治之主要策略，以機動調整並推動各項疫病防治工作之彈性防疫作為。

### （二）傳染病之專案（或專法）防治

指為因應新興傳染病（如：SARS）或其他重大特殊疫病（如：AIDS）防治之目的，原有之防疫法規已不足以因應推動相關緊急防治作為之需要時，以制定專法（如：AIDS 防治條例或 SARS 防治及紓困暫行條例）或由專責單位（如：SARS 防治及紓困委員會）執行其專案防治工作，以控制及消弭疫情。

### （三）傳染病之主要發生情形

1. 指某一疫病於某一地區之流行特性，或預估未曾於當地出現之新興及再浮現傳染病，其最有可能發生之風險模式。
2. 常見之疫病流行特性及風險模式包括：境外移入、旅遊感染或生物恐怖事件、本土散發性流行、本土地方性流行等。

### （四）傳染病防治之主要策略（Major Strategy）

1. 指經各公共衛生體系考量當地相關疫病之主要發生情形，以評估並決定其對該疫病所採行之各項防治措施中，最主要且具有實質效益之防疫策略。
2. 一般而言，傳染病之主要防治策略通常包括：衛生教育、邊境檢疫、因應準備、疫病監測、調查處置、感染控制、高危險群（地區）防治等。

## (五) 傳染病之例行防治：

1. 指依現行傳染病防治法規定公告或修法後，新增列入之第一類、第二類、第三類、指定傳染病及新感染症等法定傳染病，政府具法定權責應推動相關防治工作，以防範其發生、傳染及蔓延。
2. 依據公共衛生預防醫學「三段五級」之疾病預防概念來分類，可將例行防治之傳染病歸類如下：

### (1) 屬於初段預防（特殊保護）之傳染病

多為具有常規疫苗之「疫苗可預防性疾病」，惟仍需視其疫苗是否屬有效防治者，以決定其主要防治策略是否以推動預防接種措施為主，或尚需輔以其他更有效之防治措施。

### (2) 屬於次段預防（早期偵測、早期因應）之傳染病

通常為本土有散發流行疫情或具境外移入、旅遊感染或生物恐怖風險之傳染病，其主要防治策略（如：衛生教育、邊境檢疫、因應準備、疫病監測、調查處置、感染控制等）則因人、時、地之不同，而須予以機動調整，以符實際需要。

### (3) 屬於三段預防（傳播途徑控制）之傳染病

通常為本土有地方性流行之傳染病，而依管制其傳播之途徑（如：腸道管制、呼吸道管制、病媒或動物管制、血液或體液管制等），分別進行腸道、呼吸道、病媒傳播或人畜共通、性或血（體）液傳染等疾病之高危險群（地區）防治工作。

### 小結：

正如前面相關討論議題之結論所言，任何疫病都有可能在適當的條件下，於適當的時間、地區或人群中，而躍身成為該族群於當時、當地之新興及再浮現傳染病。因此，傳染病防治之基本原則應是一種動態的概念，各國家（地區）之公共衛生體系除應考量當地相關疫病之主要發生情形，並隨著人、時、地變遷之不同而調整其適當之主要防治策略之外，並應視科學界對致病原、宿主及環境等因素之瞭解與進展，彈性調整疫病防治之主要策略及持續投入相當之人力與資源，始能有效地推動各項防疫工作與因應準備措施。

經歸納與分析可能引發新興及再浮現傳染病出現或流行之因素包括：生態改變及農業發展、人類行為及人口學上之改變、國際間旅遊及貿易、科技技術及工業、微生物之適應及改變、公共衛生措施之瓦解及設施之缺乏、生物恐怖活動之興起等。由此可知，推動傳染病防治工作必須要具有國際觀，且應隨時保持有「地球村防疫」的高度

警覺性；由於近年來國人出國旅遊、洽商的機會日增，許多國際間傳染病的疫情也隨時有可能影響到本土。例如：2003年由中國大陸廣東地區浮現而終席捲全球並在許多國家地區造成蔓延之 SARS 疫情即為其最佳例證。

而為能預先防堵國際間突發疫病之介入本土引起流行，一些先進國家均採取所謂「傳染病決戰境外」之制敵機先策略。以美國為例，近年來就曾多次派遣防疫專家，在第一時間前往傳染病爆發流行之國家（例如：1999年立百病毒在馬來西亞浮現及 2003年 SARS 在亞洲地區流行時），除協助當地政府進行防治工作外，同時也收集第一手之疫病流行資料，做為其國內日後防範該疫病之重要參考依據。

因此，為了達成此種「傳染病區域聯防」之目的，可透過我國目前參與國際間相關組織（例如：APEC）之技術合作與交流機會，共同發展區域內傳染病之「區域聯防」計畫（例如：之前曾參與亞太地區腸病毒 71 型之研究計畫）。此外，並可參考國外相關防疫政策與制度，考量建置國內「熱帶醫學研究機構」之可行性，以促進國內及區域內熱帶醫學研究之發展，並成為日後亞太地區傳染病研究之資源中心與重要據點。

綜合上述議題之討論，爰建議國內日後應持續推動新興傳染病

防治工作之因應策略與努力方向宜包括：(一) 及時偵測國內不明疫病之出現情形並調查其原因，避免爆發流行。(二) 監測國內重要疫病相關症狀之流行趨勢，推測流行可能，及早採行預防措施。(三) 建立國內重要傳染病之實驗室診斷支援網絡。(四) 進行新興傳染病環境危險因子及血清流行病學、實驗診斷與預防治療之研究。(五) 持續培育實驗診斷、臨床診治與研究專業人才。(六) 規劃傳染病爆發流行時之緊急動員機制。(七) 結合民間醫療資源與學術專才參與防疫體系工作。

此外，另建議對於民眾宣導應配合政府政策共同防範新興傳染病之基本國民守則如下：(一) 養成良好的個人衛生、保健習慣及正確的就醫行為，如注意營養、避免感染及飯前便後勤洗手等，並且不濫用抗生素等藥物。(二) 注重食品及飲水衛生，避免食(飲)用未經充分烹煮食品或水源。(三) 注重個人身體之防護措施，儘量避免遭蚊蟲等病媒之叮咬，並減少身體與野生動植物或不潔環境直接接觸的機會。(四) 維護居住環境之衛生條件及通風狀況，以防範傳染病病媒或病原之孳生。(五) 避免和傳染病患者或疑似患者有不當之接觸(例如：直接接觸、體液、排泄物等)。(六) 出國旅遊觀光時，切勿將未經檢疫之境外動植物或其製品夾帶回國，以防境外疫病病原入侵本地區。(七) 發現本身或他人有疑似感染疫病之情形應儘速就(送)

醫，並將有關發病前之症狀、接觸情形或旅遊史等可能感染來源告知醫師，以利掌握病情，並使衛生單位得以有效控制疫情之擴大。

## 參、結論與建議

- 一、我國歷年有關新增指定法定傳染病（如：第四類傳染病、指定傳染病、新感染症）之制度及其相關規定，多為因應突發疫情之後，始有較大幅度之檢討與修正。長遠而言，似宜將其相關指定作業及規範予以法制化，以利兼顧突發疫情之應變及行政程序之周延問題。
- 二、由於公告新增指定法定傳染病後，相關防疫措施對於民眾之自由與權利多有所限制之處；依憲法第 23 條「比例原則」之規定，雖為「避免緊急危難」且於必要時，得以法律（傳染病防治法）來限制人民之自由權利，但仍需符合「比例原則」之立法精神，不宜僅就防疫專業之考量。
- 三、另因現行傳染病防治法中，相關防疫措施及規範（如：傳染病病例之報告時限、隔離處置、檢體檢驗、屍體處置、疫區認定及相關人員之補助、獎勵及處罰等），均因傳染病類別之不同，其影響人民自由權利之程度，亦有所差異，故對於新增指定法定傳染病或調整傳染病類別之作業，宜慎重為之。
- 四、建議日後有關考量新增指定法定傳染病或調整傳染病類別時，宜比照現行「傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除要點」（如法規摘錄七）之做法，由中央主管機關設立之專家審議委

員會，以召開專案委員會之方式，由醫學、流行病學、法學專家、社會人士及相關行政機關等代表組成，負責法定傳染病之新增指定或類別調整之審議事項，以制度化之行政程序來維護國內防疫安全，同時兼顧人民自由權利之保障。

## 肆、參考文獻與網站

14. 《中國醫學通史緒論》，中醫歷史，現代卷，台灣醫藥史概況，現代醫學發展，傳染病防治，應報告傳染病。  
([http://www.cintcm.com/cgi-bin/bigate.cgi/b/k/k/http@www.cintcm.com/lanmu/zhongyi\\_lishi/Xiandaijuan/mulu/dishizhang1.htm](http://www.cintcm.com/cgi-bin/bigate.cgi/b/k/k/http@www.cintcm.com/lanmu/zhongyi_lishi/Xiandaijuan/mulu/dishizhang1.htm))
15. 王寰峰，〈「新興及再浮現傳染病」概念之簡介〉，《虛擬雜誌》，行政院衛生署疾病管制局，民國 91 年 10 月。
16. 王寰峰，〈侵權行為損害賠償請求權消滅時效之探討--以長潛伏期損害之侵權行為類型為例〉，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，民國 94 年 07 月。
17. 邱千芳，〈流行病學在法律上的應用--以流行病學之因果關係為主〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，民國 84 年 07 月。
18. 梁昭華等，〈台灣地區庫賈氏病監測現況〉，《疫情報導》第 20 卷第 2 期，民國 93 年 12 月。
19. 潘孝彰，新發傳染病，人民衛生出版社，2004 年 2 月第一版第三次印刷。
20. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the International Task Force for Disease Eradication. Morbidity and mortality weekly report, 1993, 42(RR-16):1-38.
21. Centers for Disease Control and Prevention: The Principles of Disease Elimination and Eradication. Morbidity and mortality weekly report, 1999 / 48(SU01); 23-7.
22. Cockburn TA. Eradication of infectious diseases. Science, 1996, 133: 1050-1058.

23. David Satcher: Emerging Infections: Getting Ahead of the Curve (<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol1no1/satcher.htm>).
24. Dowdle WR, Hopkins DR. eds. The eradication of infectious diseases: report of the Dahlem Workshop on the Eradication of Infections Diseases. Chichester, John Wiley & Sons, 1998.
25. Pan American Health Organization: PAHO Regional Plan for Emerging Diseases (<http://www.paho.org/English/HCP/HCT/EER/eer-regional-plan.htm>).
26. Stephen S. Morse: Factors in the Emergence of Infectious Diseases (<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol1no1/morse.htm>)
27. W. M. Scheld, D. Armstrong, J. M. Hughes: Emerging Infections; 1998 ASM Press, Washington, D.C.
28. World Health Organization: Emerging and Re-emerging Infectious Diseases(<http://www.who.int/inf-fs/en/fact097.html>).

**【附表一】新增法定傳染病的指定與公告規定之沿革**

新增傳染病之種類	新增指定之法定傳染病		第四類傳染病	指定傳染病	新感染症
法源依據	傳染病防治條例(33年12月06日制定公布)	傳染病防治條例(72年01月19日修正公布)	傳染病防治法(88年06月23日修正公布)	傳染病防治法(93年01月20日修正公布)	
相關條文	第一條	第二條	第三條	第三條	

<p>明文規定之法定傳染病</p>	<p>2. 霍亂 3. 桿菌性痢疾 4. 阿米巴性痢疾 5. 傷寒 6. 副傷寒 7. 天花 8. 流行性腦脊髓膜炎 9. 白喉 10. 猩紅熱 11. 鼠疫 12. 斑疹傷寒 13. 回歸熱 (計 12 項)</p>	<p>1. 霍亂 2. 桿菌性痢疾 3. 阿米巴性痢疾 4. 傷寒 5. 副傷寒 6. 流行性腦脊髓膜炎 7. 白喉 8. 猩紅熱 9. 鼠疫 10. 斑疹傷寒 11. 回歸熱 12. 狂犬病 13. 黃熱病 (計 13 項)</p>	<p>1. 第一類傳染病：霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病毒出血熱 2. 第二類甲種傳染病：流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、炭疽病 3. 第二類乙種傳染病：小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、開放性肺結核 4. 第三類甲種傳染病：登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症 5. 第三類乙種傳染病：結核病 (除開放性肺結核外)、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎 (除 A 型外)、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感 (計 38 項)</p>	<p>1. 第一類傳染病：霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病毒出血熱、炭疽病、嚴重急性呼吸道症候群 2. 第二類傳染病：流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、漢他病毒症候群 3. 第三類傳染病：結核病、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎 (除 A 型外)、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感 (計 39 項)</p>	
<p>指定之範圍</p>	<p>除以上十二項疫病以外之其他急性傳染病</p>	<p>除以上十三項疫病以外之其他傳染病</p>	<p>除以上三大類 (五種) 疫病以外之其他傳染病或新感染症</p>	<p>除以上三大類疫病以外之已知傳染病或症候群</p>	<p>除以上三大類疫病以外之未知新興傳染病或症候群</p>
<p>指定條件與指定時機</p>	<p>衛生署認為有應依傳染病防治條例施行防治之必要時，得臨時指定之</p>	<p>中央衛生主管機關 (行政院衛生署) 認為有依傳染病防治條例施行防治之</p>	<p>經中央主管機關 (行政院衛生署) 認為有依傳染病防治法施行防治之必要時，得適時指定之</p>	<p>經中央主管機關認為有依傳染病防治法施行防治之必要而予以公告</p>	<p>經中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成重大影響，有依傳</p>

		必要時，得臨時指定之			染病防治法施行防治之必要，而予以公告	
備註		法定傳染病範圍之變動： 1. 刪除天花 2. 增列狂犬病、黃熱病	法定傳染病範圍之變動： 1. 刪除回歸熱 2. 限縮斑疹傷寒為流行性斑疹傷寒 3. 除保留其餘原有之 11 項法定傳染病外，同時大幅增列法定傳染病之項目，並將其分為：第一類、第二類甲種、第二類乙種、第三類甲種、第三類乙種、第四類傳染病等四大類別（計六種） 4. 90/12/03 行政院衛生署公告漢他病毒出血熱、漢他病毒肺症候群為第三類甲種傳染病（衛署疾管字第 0900073986 號） 5. 92/03/28 行政院衛生署公告指定嚴重急性呼吸道症候群為第四類傳染病（署授疾字第 0920000116 號） 6. 92/08/19 行政院衛生署公告指定嚴重急性呼吸道症候群為第一類傳染病（署授疾字第 0920001399 號）	法定傳染病範圍之變動： 1. 增列嚴重急性呼吸道症候群（將 92/08/19 行政院衛生署公告指定之第一類傳染病納入） 2. 整併結核病（將開放性肺結核及其以外之結核病合併）、漢他病毒症候群（將 90/12/03 行政院衛生署公告之漢他病毒出血熱及漢他病毒肺症候群合併） 3. 限縮流行性感感冒為流行性感感冒併發重症 4. 重新劃分法定傳染病之類別，將其分為：第一類、第二類、第三類、指定傳染病及新感染症等五大類別 5. 93/12/29 行政院衛生署公告新型流行性感感冒為指定傳染病（署授疾字第 0930001246 號） 6. 95/02/09 行政院衛生署公告天花、拉薩熱、裂谷熱、馬堡病毒出血熱、西尼羅熱為指定傳染病（署授疾字第 0950000053 號）		

【附表二】新增法定傳染病的指定與公告規定之沿革（續）

法定傳染病之種類	明文規定之法定傳染病			公告指定之法定傳染病	
	第一類傳染病	第二類傳染病	第三類傳染病	第四類傳染病	第五類傳染病
法規	傳染病防治法 (95年版修正草案)				
相關條文	第三條				
明文規定之法定傳染病項目	1. 鼠疫 2. 黃熱病 3. <u>裂谷熱</u> 4. 伊波拉病毒出血熱 5. <u>馬堡病毒出血熱</u> 6. <u>拉薩熱</u> 7. 狂犬病 8. 炭疽病 9. <u>天花</u> 10. 嚴重急性呼吸道症候群  (計 10 項)	1. <u>霍亂</u> 2. 傷寒 3. 副傷寒 4. 小兒麻痺症 5. 桿菌性痢疾 6. <u>阿米巴感染症</u> 7. 急性病毒性 A 型肝炎 8. 腸道出血性大腸桿菌感染症 9. 白喉 10. 流行性腦脊髓膜炎 11. 腸病毒感染併發重症 12. <u>西尼羅熱</u> 13. 流行性斑疹傷寒 14. 登革熱 15. 瘧疾 16. 麻疹 17. 漢他病毒症候群  (計 17 項)	1. 結核病 2. 日本腦炎 3. 癩病 4. 德國麻疹 5. 先天性德國麻疹症候群 6. 百日咳 7. 破傷風 8. 恙蟲病 9. 急性病毒性肝炎(除 A 型外) 10. 腮腺炎 11. 水痘 12. 退伍軍人病 13. 侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症 14. 梅毒 15. 淋病 16. <u>流感併發重症</u>  (計 16 項)	--	--

公告指定之法定傳染病範圍	--	--	--	左列三大類疫病以外之傳染病或症候群	左列四大類疫病以外之新興傳染病或症候群，以及有傳入國內疑慮之海外流行傳染病
公告指定之條件與時機	--	--	--	經中央主管機關認有監視疫情發生或施行防治之必要時，而予以公告	經中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成重大影響，有依傳染病防治法建立緊急防治對策之必要，而予以公告
法定傳染病範圍之變動	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 增列拉薩熱、裂谷熱、馬堡病毒出血熱、天花（將行政院衛生署95/02/09公告指定比照第一類傳染病防治者納入）</li> <li>2. 調整移除霍亂至第二類傳染病</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 調整增列霍亂乙項</li> <li>2. 增列西尼羅熱乙項（將行政院衛生署95/02/09公告指定比照第二類傳染病防治者納入）</li> <li>3. 修正阿米巴性痢疾為阿米巴感染症</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. 刪除猩紅熱</li> <li>3. 修正流行性感冒併發重症為流感併發重症</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 修正法定傳染病類別之劃分原則，除保留第一類、第二類及第三類傳染病外，將原有之指定傳染病及新感染症兩項，依其防治作為之幅度及目的（監視疫情發生、施行相關防治或建立緊急防治對策等），重新分類為第四類及第五類傳染病。</li> <li>2. 第四類傳染病：係第一類、第二類及第三類傳染病外，且經中央主管機關認有監視疫情發生或有施行防治之必要，而予以公告之傳染病或症候群。</li> <li>3. 第五類傳染病：係經中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成重大影響，且有依法建立緊急防治對策之必要，而予以公告之新興傳染病、症候群或其他有傳入國內疑慮之海外流行傳染病。</li> </ol>	

【附表三】現行防疫法規依傳染病類別而設定不同之規範彙整表

傳染病防治之相關法規		依傳染病類別而設定不同之規範者				
法規名稱	條文及內容摘要	第一類傳染病	第二類傳染病	第三類傳染病	指定傳染病	新感染症
傳染病防治法	§ 3 (法定傳染病之分類)	V	V	V	V	V
	§ 7 (得由地方主管機關報請中央主管機關同意後認定、發布及解除流行疫情、疫區之傳染病)		V	V		
	§ 37 (傳染病或疑似傳染病病例報告之時限)	V	V	V	V	V
	§ 43 (主管機關對於傳染病人之處置措施)	V	V	V	V	V
	§ 45 (傳染病病人相關檢體之檢驗與報告)	V	V	V	V	V
	§ 48 (因傳染病或疑似傳染病致死屍體之處置)	V	V	V	V	V
	§ 61 (明知罹患傳染病且不遵行主管機關指示而致傳染他人者之處罰)	V				V
	§ 72 (執行傳染病防治工作致傷病、身心障礙或死亡者之補助)					V
傳染病防治法施行細則	§ 14 (因疑似傳染病所致死者之屍體防護、留置及冰存等處理措施)	V				V

傳染病 隔離治療 醫院指定 辦法	§ 2 (中央主管機關指定醫院設置傳染病隔離病房之原則及種類)	V	V	V	V	V
傳染病 檢驗指定 機構管理 辦法	§ 2 (中央主管機關指定辦理傳染病檢體檢驗工作機構之對象)	V				V
	§ 4 (傳染病檢驗指定機構應具備實驗室之安全等級、能力及檢驗方法)	V				V
	§ 9 (中央主管機關對於傳染病檢驗指定機構之補助範圍)	V				V
傳染病 防治獎勵 辦法	§ 5 (醫事人員發現傳染病經主管機關證實並發給通報獎金之基準)	V			V	V
執行新感 染症防治 工作致傷 病或死亡 補助辦法	§ 2 (因執行傳染病防治工作致傷病、身心障礙或死亡者之界定)					V
	§ 3 (對於執行傳染病防治工作致傷病或死亡者之補助種類)					V
	§ 4 (對於執行傳染病防治工作致傷病或死亡者之補助上限)					V
	§ 7 (請求權人提出申請補助之相關規定)					V

【附表四】傳染病隔離病房分類、指定醫院層級及病人處置措施之分析

析-感染症防治醫療網成立前(SARS 流行疫情發生前)(依

據 91 年 01 月 16 日修正之傳染病隔離治療醫院指定辦法)

傳染病隔離病房之分類 <sup>(b)</sup>	傳染病之分類	中央主管機關指定醫院 設置傳染病隔離病房 <sup>(a)</sup>			傳染病病人之處置措施 <sup>(c)</sup>
		醫學中心 (含準醫學中心)	區域醫院	地區級或 相關專科 醫院	
特殊 隔離病房	第一類	鼠疫 伊波拉病毒出血熱	必要時得指定 (同左)	--	應強制移送指定醫院施行隔離治療
	第二類 甲種	炭疽病			
	第四類	其他傳染病 新感染症			應視其病況採取適當之防治措施。必要時，得比照第一類傳染病病人處置。
呼吸道傳染 隔離病房	第二類 甲種	同右	白喉 流行性腦脊髓膜炎	必要時 得指定 (同左)	應強制移送指定醫院施行隔離治療
	第二類 乙種	同右	開放性肺結核		應勸告其住院，必要時並得強制其住院。
腸胃道傳染 隔離病房	第一類	同右	霍亂	必要時 得指定 (同左)	應強制移送指定醫院施行隔離治療
	第二類 甲種	同右	傷寒 副傷寒		應勸告其住院，必要時並得強制其住院。
	第二類 乙種	同右	小兒麻痺症 桿菌性痢疾 阿米巴性痢疾		
血液、體液傳染 隔離病房	第一類	同右	黃熱病 狂犬病	必要時 得指定 (同左)	應強制移送指定醫院施行隔離治療
	第二類	同右	流行性斑疹傷寒		

	甲種			
未明訂隔離病房種類及指定醫院等級之傳染病	第三類甲種	登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、漢他病毒出血熱（90/12/03 公告）、漢他病毒肺症候群（90/12/03 公告）		應視其病況採取適當之防治措施。必要時，得比照第一類傳染病病人處置。
	第三類乙種	結核病（除開放性肺結核外）、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎（除A型外）、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性b型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒		
隔離病房、隔離治療、傳染病人之處置措施等相關規定	傳染病隔離治療醫院指定辦法（91年01月16日修正）	<p>第2條<sup>(a)</sup></p> <p>中央主管機關指定醫院，設置傳染病隔離病房之原則如下：</p> <p>一 鼠疫、伊波拉病毒出血熱、炭疽病等傳染病及其他傳染病或新感染症，以醫學中心（含準醫學中心）為指定醫院。必要時得指定區域醫院。</p> <p>二 霍亂、黃熱病、狂犬病、流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、開放性肺結核等傳染病，以區域級（含）以上醫院為指定醫院。必要時得指定地區級或相關專科醫院。</p>		
		<p>第5條<sup>(b)</sup></p> <p>指定醫院應設置傳染病隔離病房，其種類及標準如下：</p> <p>一 治療鼠疫、伊波拉病毒出血熱、炭疽病等傳染病及其他傳染病或新感染症等，應設置特殊隔離病房，其標準如附表一。</p> <p>二 治療白喉、流行性腦脊髓膜炎、開放性肺結核等傳染病，應設置呼吸道傳染隔離病房，其標準如附表二。</p> <p>三 治療霍亂、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾等傳染病，應設置腸胃道傳染隔離病房，其標準如附表三。</p> <p>四 治療黃熱病、狂犬病、流行性斑疹傷寒等傳染病，應設置血液、體液傳染隔離病房，其標準如附表四。</p> <p>前項隔離病房，於傳染病未發生時，得移作一般病房使用。但發生疫情時，應立即騰空，優先收容傳染病病人。</p>		

<p>傳染病防治法 (91年01月30日修正)</p>	<p>第 15 條  醫院應依指定設傳染病隔離病房及依實際需要之床位數目。  第一類、第二類傳染病隔離治療之醫療機構，由中央主管機關指定之。其他傳染病有指定隔離治療之醫療機構必要時，亦同。  各級主管機關於傳染病流行時，得徵用私立醫院或公共場所，設立臨時傳染病醫療所，並得徵調民間醫事人員協助防治工作；對於人民因徵用或徵調所受之損失，並應予以相當之補償。  第二項傳染病隔離治療之醫療機構指定辦法與前項徵用、徵調之作業程序及補償辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>第 35 條<sup>(c)</sup>  各級主管機關對於傳染病病人之處置，應採行下列措施：  一 第一類、第二類甲種傳染病病人，應強制移送指定醫院施行隔離治療；第二類乙種傳染病病人，應勸告其住院，必要時並得強制其住院。  二 第三類、第四類傳染病病人，應視其病況採取適當之防治措施。必要時，得比照第一類傳染病病人處置。  前項各款傳染病病人經各級主管機關強制移送指定醫院施行隔離治療者，其費用由中央主管機關編列預算支應之。</p>
<p>傳染病防治法施行細則 (91年12月31日修正)</p>	<p>第 16 條  各級主管機關於接到相關報告或通知後，對於需強制移送指定醫院隔離治療之傳染病病人，應依本法第三十五條第一項規定立即處置。  未經指定為傳染病隔離治療之醫療機構，發現各類應隔離治療之傳染病病人，應配合各級主管機關之處置，依醫療法等相關法令規定進行轉診事宜。</p> <p>第 18 條  本法第三十五條第二項所定由中央主管機關支應之各類傳染病病人施行強制隔離治療之費用，其項目及標準如下：  一 醫療費用：比照全民健康保險醫療費用支付標準、藥價基準及中央主管機關核准使用藥品之申報進價核付。指定醫院之傳染病隔離病房達中央主管機關規定之標準者，其隔離治療之鼠疫、伊波拉病毒出血熱及炭疽病人，比照核付標準二點五倍核付；白喉、流行性腦脊髓膜炎及開放性肺結核病人，比照核付標準一點五倍核付。但開放性肺結核病人之病房未達中央主管機關規定之標準者，如已具負壓且每小時換氣六次以上，比照核付標準一點二倍核付。  二 膳食費：依指定醫院所定收費標準之金額核付。  負擔家計之傳染病病人，因強制隔離治療致影響其家計者，主管機關得協調社政等有關主管機關依社會救助法等相關法令予以救助。</p>

**【附表五】傳染病隔離病房分類、指定醫院層級及病人處置措施之分析（續 1）-感染症防治醫療網成立前（SARS 流行疫情期間及後 SARS 前期）（依據 92 年 05 月 23 日修正（自 92/03/01 施行）之傳染病隔離治療醫院指定辦法）**

傳染病隔離病房之分類 <sup>(a)</sup>	傳染病之分類	中央主管機關指定醫院 設置傳染病隔離病房 <sup>(a)</sup>			傳染病病人之處置措施 <sup>(b)</sup>
		醫學中心	區域醫院	地區級或相關專科醫院	
特殊 隔離病房	第一類	鼠疫 伊波拉病毒出血熱	必要時得指定 (同左)	--	應強制移送指定醫院施行隔離治療
	第二類 甲種	炭疽病			
呼吸道傳染 隔離病房	第一類	同右	<u>嚴重急性呼吸道症候群(92/08/19起)</u>	必要時得指定 (同左)	應強制移送指定醫院施行隔離治療
	第二類 甲種	同右	白喉 流行性腦脊髓膜炎		
	第二類 乙種	同右	開放性肺結核		應勸告其住院，必要時並得強制其住院。
	第四類	同右	<u>嚴重急性呼吸道症候群(92/03/28起)</u>		應視其病況採取適當之防治措施。必要時，得比照第一類傳染病病人處置。
腸胃道傳染 隔離病房	第一類	同右	霍亂	必要時得指定 (同左)	應強制移送指定醫院施行隔離治療
	第二類 甲種	同右	傷寒 副傷寒		
	第二類 乙種	同右	小兒麻痺症 桿菌性痢疾 阿米巴性痢疾		應勸告其住院，必要時並得強制其住院。

血液、體液傳染 隔離病房	第一類	同右	黃熱病 狂犬病	應強制移送指定醫院施行隔離治療
	第二類 甲種	同右	流行性斑疹傷寒	
未明訂隔離 病房種類及 指定醫院等 級之傳染病	第三類 甲種	登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、漢他病毒出血熱（90/12/03 公告）、漢他病毒肺症候群（90/12/03 公告）		應視其病況採取適當之防治措施。必要時，得比照第一類傳染病病人處置。
	第三類 乙種	結核病（除開放性肺結核外）、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎（除A型外）、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性b型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒		
隔離病房、隔離治療、傳染病人之處置措施等相關規定	傳染病隔離治療醫院指定辦法（92年05月23日修正，自92年03月01日施行）	<p>第2條<sup>(a)</sup></p> <p>中央主管機關依本法第十五條第二項規定指定實施傳染病隔離治療之醫院，及其設置傳染病隔離病房之原則與種類如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一 隔離鼠疫、伊波拉病毒出血熱或炭疽病之病人，以醫學中心為指定醫院，設置特殊隔離病房；必要時，得指定區域醫院。</li> <li>二 隔離白喉、流行性腦脊髓膜炎、開放性肺結核或嚴重急性呼吸道症候群之病人，以區域級以上醫院為指定醫院，設置呼吸道傳染隔離病房。</li> <li>三 隔離霍亂、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾或阿米巴性痢疾之病人，以區域級以上醫院為指定醫院，設置腸胃道傳染隔離病房。</li> <li>四 隔離黃熱病、狂犬病或流行性斑疹傷寒之病人，以區域級以上醫院為指定醫院，設置血液、體液傳染隔離病房。</li> <li>五 隔離前四款規定以外傳染病之病人，由中央主管機關視需要公告其隔離病房之設置原則及種類。</li> </ol> <p>前項第二款至第五款所定傳染病之隔離病房，必要時，中央主管機關得指定地區醫院或相關專科醫院設置之。</p> <p>第一項各類隔離病房之設置基準，由中央主管機關公告之。</p> <p>第一項各類隔離病房，於傳染病未發生時，得移作一般病房使用。但發生疫情時，應立即騰空，優先收容傳染病病人。</p> <p>中央主管機關為控制疫情之需要，得就第一項醫院全院均指定作為實施傳染病隔離治療之醫院。</p>		

<p>傳染病 防治法 (91年 01月30 日修正)</p>	<p>第35條<sup>(b)</sup></p> <p>各級主管機關對於傳染病病人之處置，應採行下列措施：</p> <p>一 第一類、第二類甲種傳染病病人，應強制移送指定醫院施行隔離治療；第二類乙種傳染病病人，應勸告其住院，必要時並得強制其住院。</p> <p>二 第三類、第四類傳染病病人，應視其病況採取適當之防治措施。必要時，得比照第一類傳染病病人處置。</p> <p>前項各款傳染病病人經各級主管機關強制移送指定醫院施行隔離治療者，其費用由中央主管機關編列預算支應之。</p>
--	--

【附表六】傳染病隔離病房分類、指定醫院層級及病人處置措施之分析

(續 2)-感染症防治醫療網成立後(後 SARS 後期)(依

據 93 年 08 月 05 日修正之傳染病隔離治療醫院指定辦法)

傳染病之分類及病名		中央主管機關指定醫院 設置傳染病隔離病房 <sup>(a)</sup>						傳染病病人之處置措施 <sup>(b)</sup>	
		非感染症防治醫療網 啟動醫院			感染症防治醫療網 啟動醫院				
		醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	專科 醫院	國家級 啟動	區域級 啟動		其他啟 動層級
第一類 傳染病	霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病毒出血熱、炭疽病、嚴重急性呼吸道症候群	V	必要時得指定	必要時得指定	--	V	V	必要時得指定	應強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療
第二類 傳染病	流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、漢他病毒症候群	V	V	必要時得指定	必要時得指定	V	V	V	必要時,得強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療。

第三類 傳染病	結核病、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎(除A型外)、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性b型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒併發重症	V	V	必要時得指定	必要時得指定	V	V	V	必要時,得強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療。
指定 傳染病	拉薩熱、裂谷熱、馬堡病毒出血熱、天花 (比照第一類)	V	必要時得指定	必要時得指定	--	V	V	必要時得指定	依據中央主管機關(行政院衛生署 95/02/09 署授疾字第 0950000053 號)公告之防治措施辦理
	西尼羅熱 (比照第二類)	V	V	必要時得指定	必要時得指定	V	V	V	依據中央主管機關(行政院衛生署 93/12/29 署授疾字第 0930001246 號)公告之防治措施辦理
	新型流行性感冒 (其他)	各級主管機關對於「新型流行性感冒」疑似病例及確定病例之處置措施，依流行疫情等級分級規範之。 1. 流行疫情未達A級時：符合採檢條件之病例得於隔離治療機構施行隔離治療。 2. 流行疫情為A級、B級時：疑似病例及確定病例應於隔離治療機構施行隔離治療。 3. 流行疫情達C級時：疑似病例及確定病例應於隔離治療機構施行隔離治療或集中隔離治療之。							依據中央主管機關(行政院衛生署 93/12/29 署授疾字第 0930001246 號)公告之防治措施辦理

新 感 染 症	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	依據中央主管 機關公告之防 治措施辦理
隔離 病 房 、 隔 離 治 療 、 傳 染 病 病 人 之 處 置 措 施 等 相 關 規 定	傳染病隔 離治療醫 院指定辦 法（93年 08月05 日修正）	<p>第2條<sup>(a)</sup></p> <p>中央主管機關指定醫院設置傳染病隔離病房之原則及種類如下：</p> <p>一、隔離第一類傳染病、新感染症之病人，以醫學中心或感染症防治醫療網之區域級以上啟動醫院為指定醫院，設置隔離病房；必要時，得指定區域醫院、地區醫院或感染症防治醫療網之其他啟動層級醫院。</p> <p>二、隔離第二類、第三類傳染病或指定傳染病之病人，得以區域級以上醫院或感染症防治醫療網之各級啟動醫院為指定醫院，設置隔離病房；必要時，得指定地區醫院或相關專科醫院為指定醫院。</p> <p>前項各類隔離病房之設置基準，由中央主管機關依醫療機構設置標準規定公告之。</p> <p>第一項經指定設置之隔離病房，於未發生傳染病疫情時，得移作一般病房使用。但發生疫情時，應依中央主管機關之指示進行騰空，優先收容傳染病病人。</p> <p>中央主管機關為控制疫情之需要，得指定第一項醫院全院作為實施傳染病病人隔離治療之醫院。</p>									
	傳染病防 治法（93 年01月 20日修 正）	<p>第43條<sup>(b)</sup></p> <p>各級主管機關對於傳染病病人之處置措施如下：</p> <p>一、第一類傳染病病人，應強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療。</p> <p>二、第二類、第三類傳染病病人，必要時，得強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療。</p> <p>三、指定傳染病或新感染症病人之防治措施，由中央主管機關公告之。</p> <p>各級主管機關對傳染病病人施行隔離治療時，應於強制或移送之次日起三日內作成隔離治療通知書，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構。</p> <p>前項各款傳染病病人經各級主管機關施行隔離治療者，其費用由中央主管機關編列預算支應之。</p>									

【附表七】日本傳染病患者分級醫療及其指定醫療機構制度表

傳染病 類別	傳染病 項目	傳染病指定醫療機構		
		特定	第一種	第二種
新傳染病	經認定屬人與人之間傳染的疾病，由於與已知之傳染性疾病的症狀或治療結果明顯不同，因而罹患該疾病時的症狀程度嚴重，且認定該疾病若蔓延可能對國民之生命及健康造成重大影響者。	√		
指定傳染病	已知之傳染性疾病（除第一類傳染病、第二類傳染病及第三類傳染病），若不依據第三章至第六章之規定的全部或部分，對國民的生命及健康可能造成重大影響，而以政令規定者。	（依政令規定）		
第一類傳染病	伊波拉病毒出血熱、克里米亞-剛果出血熱、天花、鼠疫、馬堡病毒出血熱、拉薩熱	√	√	
第二類傳染病	小兒麻痺症、霍亂、桿菌性痢疾、白喉、傷寒、副傷寒	√	√	√
第三類傳染病	腸道出血性大腸桿菌感染症	無指定醫療機構 （一般醫療機構）		
第四類傳染病	A型病毒性肝炎、E型病毒性肝炎、黃熱病、Q熱、狂犬病、高病原性禽流感、瘧疾及其他已知的傳染性疾病，藉由動物或其屍體、飲食物、衣物、寢具及其他物件傳染給人類，有危害國民健康之虞，特以政令加以規定者。	無指定醫療機構 （一般醫療機構）		
第五類傳染病	流行性感冒（高病原性禽流感除外）、病毒性肝炎（A型及E型除外）、隱孢子蟲病、後天免疫缺乏症候群、性器官披衣菌感染症、梅毒、麻疹、耐青黴素性金黃色葡萄球菌感染症及其他已知的傳染性疾病（第四類傳染病除外），可能影響國民健康而以厚生勞動省令規定者。	無指定醫療機構 （一般醫療機構）		

**【附表八】 現行傳染病防治法條文規定主管機關應（得）辦理事項彙整表**

主管機關		中央主管機關	地方主管機關	各級主管機關	該管主管機關
應辦理事項	總則	1. 應即檢討修正因病因、防治方法之確定或變更，而有重行歸類或廢止必要之傳染病（§3） 2. 應適時發布國際流行疫情或相關警示（§7）		應將傳染病之防治列入優先工作。傳染病未發生時，應實施各項調查及有效預防措施；傳染病已發生或流行時，應儘速控制，防止其蔓延（§6）	
應辦理事項	防治體系		應於轄區發生流行疫情或有發生之虞時，立即動員所屬各相關機關(構)及人員進行必要之處理，並迅速將結果彙報中央主管機關。並應依中央主管機關之指示辦理，以發揮整體防治效果（§16）		

應 辦 理 事 項	傳 染 病 預 防	應訂定傳染病通報流程、流行疫情調查方式，以從事通報資料之蒐集分析，健全傳染病流行疫情監視及預警、防疫資源系統 (§26)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應對於各種媒介傳染病之飲食物品、動物或病死動物屍體，切實禁止販賣、贈與、棄置，並予以撲殺、銷毀、掩埋或為其他必要之處置 (§23)</li> <li>2. 應評定依規定銷毀、掩埋或其他必要處置之媒介傳染病飲食物品、動物或病死動物屍體價格，酌給補償費 (§24)</li> <li>3. 應於傳染病發生或有發生之虞時，督導撲滅蚊、蠅、蚤、蝨、鼠、蟑螂及其他病媒 (§25)</li> </ol>	應充分儲備各項防治傳染病之藥品及器材 (§20)	
-----------------------	-----------------------	--	--	--------------------------	--

應辦理事項	防疫措施		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應於傳染病發生時，視實際需要，會同有關機關，採行下列措施：(1) 限制或禁止上課、集會、宴會或其他團體活動(2) 管制特定場所之出入，並限制其容納人數(3) 管制特定區域交通之一部或全部(4) 撤離特定場所或區域之人員(5) 其他經各級政府機關公告之防疫措施(6) 應於中央流行疫情指揮中心成立期間，應依其指揮官之指示辦理前列措施 (§35)</li> <li>2. 應於接到傳染病報告或通知後，迅速檢驗診斷，調查傳染病來源，施行適當處置，並報告中央主管機關 (§41)</li> <li>3. 應至遲每隔三十日，另請二位以上專科醫師重新鑑定經強制隔離治療期間超過三十日者，有無繼續強制隔離治療之必要 (§44)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應強制或移送第一類傳染病病人，至指定隔離治療機構施行隔離治療。並應於強制或移送之次日起三日內作成隔離治療通知書，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構 (§43)</li> <li>2. 應即解除經治療而無繼續強制隔離必要者之處置，自解除之次日起三日內作成解除隔離治療通知書，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構 (§44)</li> </ol>	應對因傳染病或疑似傳染病致死之屍體，施行消毒及其他妥善處置 (§48)
-------	------	--	---	--	-------------------------------------

主管機關		中央主管機關	地方主管機關	各級主管機關	該管主管機關
應辦理事項	檢疫措施			應依檢疫結果，對有傳染病發生或有發生之虞者採行下列措施：(1) 對運輸工具採行必要管制及防疫措施，所受損失並不予補償 (2) 對傳染病病人或疑似傳染病病人採行居家檢疫、集中檢疫或隔離治療等 (3) 對輸入或旅客隨身攜帶入國(境)之物品，令輸入者、旅客退運或銷毀，並不予補償 (§58)	
應辦理事項	罰則				
應辦理事項	附則	應於疫苗檢驗合格封緘時，徵收一定金額充作預防接種受害救濟基金，供第一項所定救濟之用 (§70)			

主管機關		中央主管機關	地方主管機關	各級主管機關	該管主管機關
得 辦 理 事 項	總 則	得於情況急迫時，先行公告因病 因、防治方法之確定或變更，而有 重行歸類或廢止必要之傳染病。並 得於必要時，先以傳播媒體、網際 網路等方式宣布相關公告內容 (§ 3)	1. 得於必要時，報請中央主管機 關支援辦理本法所定之權責事 項 (§4) 2. 得於報請中央主管機關同意 後，認定、發布及解除第二類、 第三類傳染病之流行疫情、疫 區 (§7)	得委託其他機關(構)或團體執行 港埠之檢疫工作 (§4)	

得 辦 理 事 項	防 治 體 系	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得於必要時，邀集相關機關召開流行疫情處理協調會報，協調各級政府相關人員及資源，並監督地方主管機關，協助進行防治措施 (§16)</li> <li>2. 得報請行政院同意成立中央流行疫情指揮中心，並指定人員擔任指揮官，統一指揮、督導及協調各級政府機關、公營事業、後備軍人組織、民間團體執行防疫工作。並得於必要時，協調國軍支援 (§17)</li> </ol>	得於認有統籌指揮、調集所屬相關機關 (構) 人員及設備，進行防治措施之必要時，成立流行疫情指揮中心 (§16)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得設各種委員會或小組 (§14)</li> <li>2. 得設機動防疫隊，巡迴辦理防治事宜 (§15)</li> <li>3. 得於國內發生重大傳染病流行疫情或流行疫情由生物病原攻擊事件造成時，結合全民防衛動員準備體系，實施相關防疫措施 (§18)</li> </ol>	
-----------------------	------------------	--	---	---	--

得 辦 理 事 項	傳 染 病 預 防	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得實施傳染病病人分級醫療制度，並建立防治醫療網，以統籌運用醫療機構之相關設施及醫事人力。並得指定醫療機構設傳染病隔離病房 (§27)</li> <li>2. 得公告具感染性菌株、病毒、細胞株、抗體等一定生物材料 (§32)</li> </ol>		得於必要時，暫行封閉可能散布傳染病之水源 (§21)	
-----------------------	-----------------------	--	--	----------------------------	--

得 辦 理 事 項	防 疫 措 施	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得於必要時，調整第三類傳染病病例報告之完成期限 (§37)</li> <li>2. 得就傳染病之危險群及特定對象實施檢查 (篩檢)。(§46)</li> <li>3. 得施行病理解剖檢驗，死者家屬不得拒絕 (§48)</li> <li>4. 得於傳染病發生或有發生之虞時，緊急專案採購藥品、器材，免依藥事法有關規定辦理查驗登記手續 (§49)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得於傳染病發生或有發生之虞時，對轄區一定地域之農漁、畜牧、游泳或飲用水，予以限制、禁止或為其他適當之處理。並得於必要時，請求中央各目的事業主管機關協助處理相關污染源 (§33)</li> <li>2. 得視實際需要，限制或禁止傳染病病人或疑似傳染病病人搭乘大眾運輸工具或出入特定場所 (§42)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得為因應防治需要，要求醫療(事)機構、醫師或法醫師應限期提供傳染病病人後續之相關檢驗結果及治療情形 (§37)</li> <li>2. 得於必要時，強制或移送第二類、第三類傳染病病人，至指定隔離治療機構施行隔離治療 (§43)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得限期令報告傳染病病例或提供傳染病病人後續之相關檢驗結果及治療情形資料不全者補正 (§37)</li> <li>2. 得留驗曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，並得於必要時，令其遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制、強制隔離或撤離居民等必要之處置 (§46)</li> </ol>
-----------------------	------------------	--	--	--	---

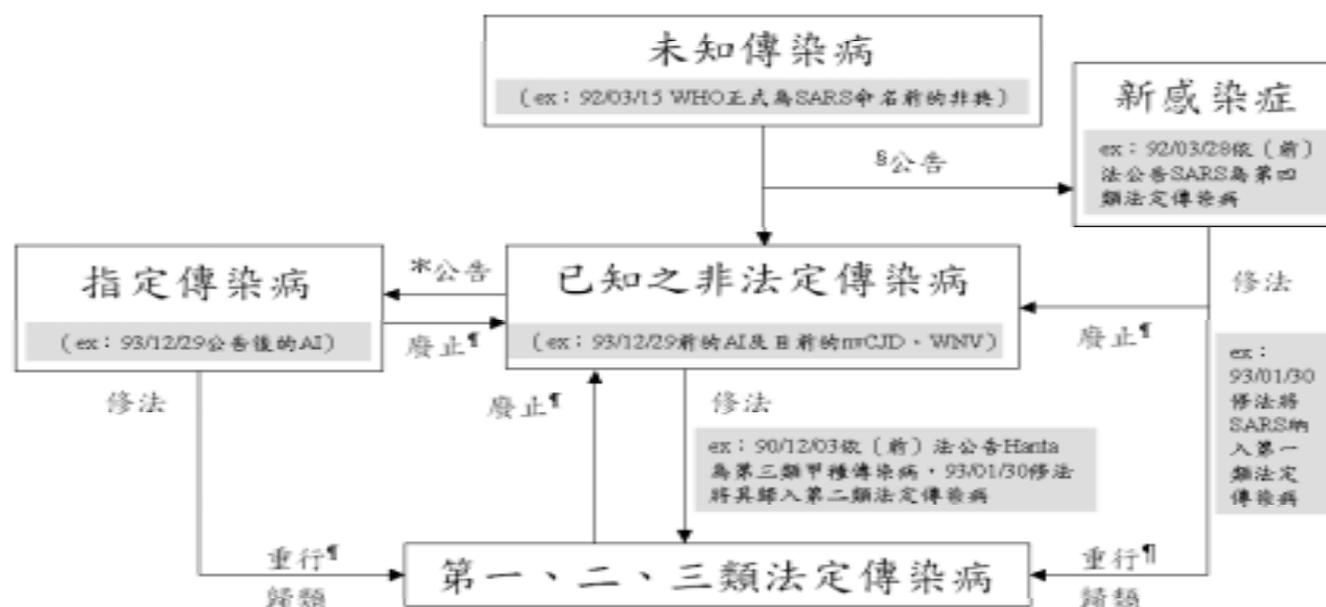
主管機關		中央主管機關	地方主管機關	各級主管機關	該管主管機關
得 辦 理 事 項	檢 疫 措 施	得採行下列措施：(1) 商請相關主管機關停止發給特定國家或地區人員之入國(境)許可或提供其他協助，並得註銷已發給之許可(2) 對入國(境)之特定國家或地區之人員，採行必要防疫措施(3) 得商請相關主管機關禁止傳染病病人於治癒前或有傳染之虞者出國(境) (§56)		得施行下列檢疫措施，並得徵收費用：(1) 對前往疫區之民眾提供檢疫資訊、防疫藥物、預防接種或提出警示等措施(2) 對於出、入國境之運輸工具及其所載人員、物品，得施行國際港埠檢疫(3) 對防疫必要之處所或供公眾使用之運輸工具及其所載人員、物品，施行檢疫等措施 (§57)	

得 辦 理 事 項	罰 則	得處罰本法所定罰鍰、停業之情形：(1) 違反第五十七條第一項第二款、第三款、第三項、第五十八條或第五十九條規定者(2) 於中央流行疫情指揮中心成立期間 (§ 68)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得於中央流行疫情指揮中心成立期間，對已開始實施徵用之特定防疫物資囤積居奇或哄抬物價行為且情節重大者，處一年以上七年以下有期徒刑，併科新臺幣五百萬元以下罰金 (§ 60)</li> <li>2. 得逕行強制處分下列之情形： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 違反第十一條第二項、第十二條、第二十九條、第三十一條第二項或第五十七條第三項規定者</li> <li>(2) 未依第四十條規定通知者</li> <li>(3) 違反主管機關依第四十二條、第四十三條第一項、第四十四條第一項或第五十八條規定所為之強制、限制或禁止命令者</li> <li>(4) 違反第四十五條第一項第二款、第四款、第四十七條或第四十八條第一項規定，未配合檢驗、報告、消毒或處置者 (§66)</li> </ol> </li> </ol>	
-----------------------	--------	--	--	---	--

主管機關		中央主管機關	地方主管機關	各級主管機關	該管主管機關
得 辦 理 事 項	附 則	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 得予補助地方政府防治傳染病經費 (§69)</li> <li>2. 得命地方主管機關於一定期限內辦理其應辦理而未予辦理事項；屆期仍未辦理者，得代為執行之。但情況急迫時，得逕予代為執行 (§73)</li> </ol>		得酌予補助因執行本法新感染症防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者各項給付或其子女教育費用 (§72)	

【附圖一】

非法定傳染病納入傳染病防治法例行防治之公告指定、歸類及廢止等相關規範流程

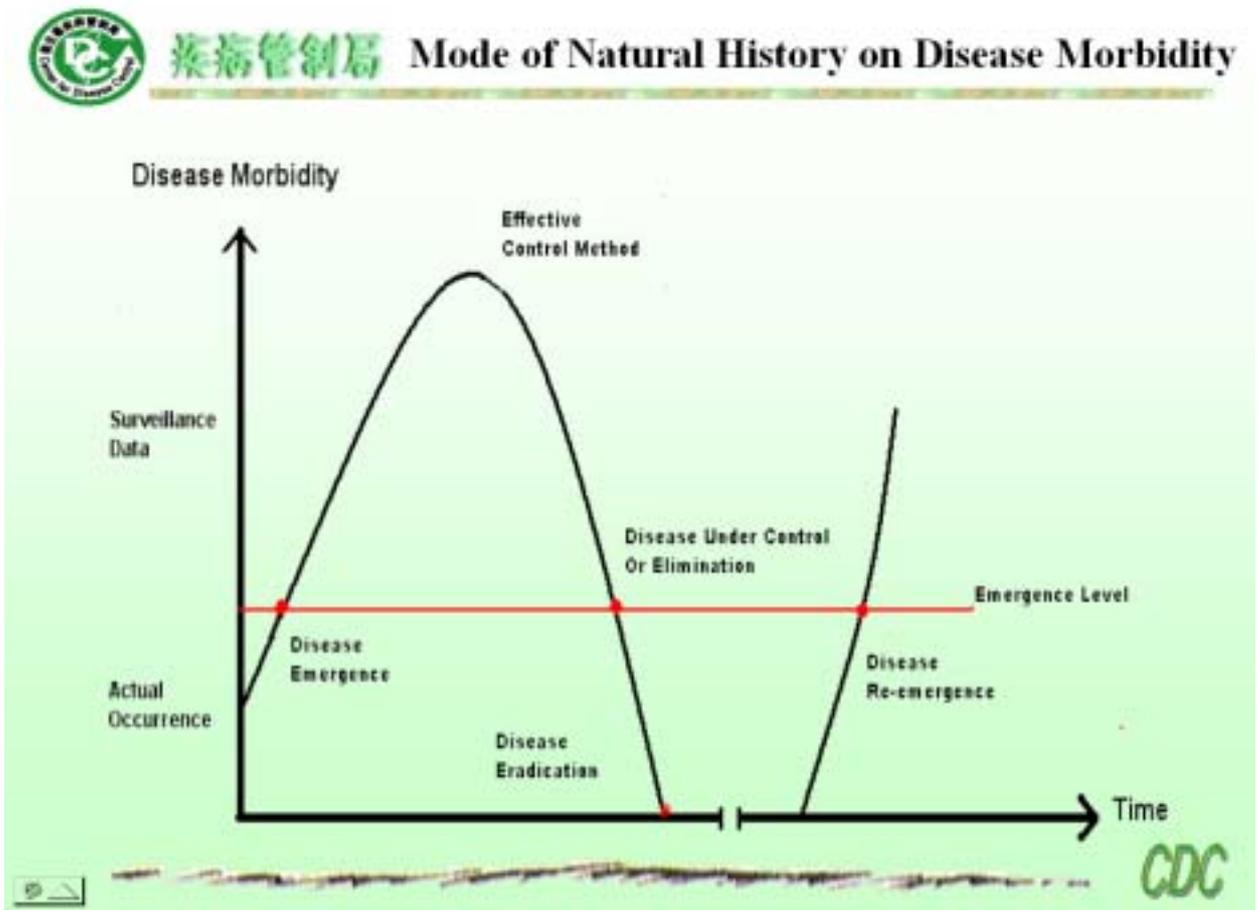


\* 中央主管機關認有依法施行防治必要時。

S 中央主管機關認定其傳染可能對國民健康造成重大影響，有依法施行防治必要時。

† 其病因、防治方法確定或變更時，中央主管機關應即檢討修正（情況急迫時，得先行公告）。

【附圖二】傳染性疾病發生之自然史模式圖





## 【附錄一】傳染病防治法（93年01月20日修正）

### 傳染病防治法（民國93年01月20日修正）

第 3 條 本法所稱傳染病如下：

- 一、第一類傳染病：霍亂、鼠疫、黃熱病、狂犬病、伊波拉病毒出血熱、炭疽病、嚴重急性呼吸道症候群。
- 二、第二類傳染病：流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、登革熱、瘧疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、漢他病毒症候群。
- 三、第三類傳染病：結核病、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎（除A型外）、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性b型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒併發重症。
- 四、指定傳染病：指前款以外已知之傳染病或症候群，經中央主管機關認有依本法施行防治之必要而予以公告者。
- 五、新感染症：指未知之新興傳染病或症候群，其症狀或治療結果與已知傳染病明顯不同，且經中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成重大影響，有依本法施行防治之必要，而予以公告者。

前項傳染病，因其病因、防治方法之確定或變更，而有重行歸類或廢止必要者，應即檢討修正；情況急迫時，中央主管機關得先行公告調整其歸類或廢止之。

前二項公告內容，中央主管機關於必要時得先以傳播媒體、網際網路等方式宣布之。

第 7 條 傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除，由中央主管機關為之。但第二類、第三類傳染病，得由地方主管機關報請中央主管機關同意後為之。中央主管機關應適時發布國際流行疫情或相關警示。本法所稱流行疫情，指傳染病在特定地區及特定時間內，發生之病例數超過預期值或出現集體聚集之現象。

第 37 條 醫師診治病人或醫師、法醫師檢驗屍體，發現傳染病或疑似傳染病時，應視實際情況立即採行必要之感染控制措施，並報告該管主管機關。病人情況有異動時，亦同。

前項病例之報告，第一類、第二類傳染病，應於二十四小時內完成；第三類傳染病應於一週內完成，必要時中央主管機關得調整之；指定傳染病及新感染症之報告，依中央主管機關公告之期限及規定方式為之。

醫師對外說明相關個案病情時，應先向該管主管機關報告並經其證實，始得為之。

各級主管機關為因應防治需要，得要求醫療（事）機構、醫師或法醫師應限期提供傳染病病人後續之相關檢驗結果及治療情形，醫療（事）機構、醫師或法醫師不得拒絕、規避或妨礙。

第一項及前項報告或提供之資料不全者，該管主管機關得限期令其補正。

- 第 43 條 各級主管機關對於傳染病病人之處置措施如下：
- 一、第一類傳染病病人，應強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療。
  - 二、第二類、第三類傳染病病人，必要時，得強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療。
  - 三、指定傳染病或新感染症病人之防治措施，由中央主管機關公告之。
- 各級主管機關對傳染病病人施行隔離治療時，應於強制或移送之次日起三日內作成隔離治療通知書，送達本人或其家屬，並副知隔離治療機構。前項各款傳染病病人經各級主管機關施行隔離治療者，其費用由中央主管機關編列預算支應之。
- 第 45 條 傳染病病人之體液、分泌物、排泄物與其他可能具傳染性物品之採檢、檢驗與報告、確定及消毒，應採行下列方式：
- 一、採檢：傳染病病人檢體，由醫師採檢為原則；接觸者及環境檢體，由醫師或其他醫事人員採檢。採檢之實施，醫療（事）機構負責人應負督導之責；病人及有關人員不得拒絕、規避或妨礙。
  - 二、檢驗與報告：第一類傳染病及新感染症之相關檢體，應送中央主管機關或其指定之具實驗室能力試驗證明之地方主管機關、醫療（事）機構、學術或研究機構檢驗；其他傳染病之檢體，得由中央主管機關委託之衛生、醫療（事）機構、學術或研究機構檢驗；檢驗結果，應報告地方及中央主管機關。
  - 三、確定：傳染病檢驗結果，由中央主管機關確定之。
  - 四、消毒：傳染病病人之體液、分泌物、排泄物及其他可能具傳染性之物品，醫療（事）機構應予實施消毒或銷毀；病人及有關人員不得拒絕、規避或妨礙。
- 前項第一款病人檢體之採檢項目、採檢時間、送驗方式及其他應遵行事項之辦法，及第二款檢驗指定機構之資格、指定期限、申請、審核之程序及其他應遵行事項之辦法，均由中央主管機關定之。
- 第 48 條 因傳染病或疑似傳染病致死之屍體，醫療（事）機構或該管主管機關應施行消毒及其他妥善處置。
- 死者家屬對於經確認染患第一類傳染病之屍體應於二十四小時內、染患新感染症之屍體應於中央主管機關公告之期限內入殮並火化；其他傳染病致死之屍體，如有特殊原因未能火化時，應報請地方主管機關核准後，依規定深埋。
- 第一項之屍體，中央主管機關認為非實理解剖不足以瞭解傳染病病因或控制流行疫情者，得施行病理解剖檢驗，死者家屬不得拒絕；經病理解剖檢驗後，應依前項規定處置。
- 前項施行病理解剖檢驗者，由中央主管機關訂定補助標準，補助其喪葬費用。
- 第 61 條 明知自己罹患第一類傳染病或新感染症，不遵行各級主管機關指示，致傳染於人者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣五十萬元以下罰金。

- 第 72 條 因執行本法新感染症防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，各級主管機關得酌予補助各項給付或其子女教育費用；其給付項目、基準、申請條件、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。  
前項費用，由各級主管機關編列預算支應之。

## 【附錄二】傳染病防治法施行細則（93 年 12 月 03 日修正）

### 傳染病防治法施行細則（民國 93 年 12 月 03 日 修正）

- 第 14 條 醫療（事）機構依本法第四十八條第一項規定施行消毒及其他妥善處置時，應依感染控制相關規定，對因傳染病或疑似傳染病致死之屍體，施予終末消毒；相關人員於執行臨終護理、終末消毒、屍體運送、病理解剖及入殮過程中，應著個人防護衣具，以防範感染；主管機關處置社區內因傳染病或疑似傳染病致死之屍體時，亦同。  
前項屍體，如係因疑似第一類傳染病或新感染症所致者，應先以具防護功能之屍袋包覆，留置適當場所妥善冰存，並儘速處理。

### 【附錄三】傳染病隔離治療醫院指定辦法（93年08月05日修正）

#### 傳染病隔離治療醫院指定辦法（民國93年08月05日修正）

- 第2條 中央主管機關指定醫院設置傳染病隔離病房之原則及種類如下：
- 一、隔離第一類傳染病、新感染症之病人，以醫學中心或感染症防治醫療網之區域級以上啟動醫院為指定醫院，設置隔離病房；必要時，得指定區域醫院、地區醫院或感染症防治醫療網之其他啟動層級醫院。
  - 二、隔離第二類、第三類傳染病或指定傳染病之病人，得以區域級以上醫院或感染症防治醫療網之各級啟動醫院為指定醫院，設置隔離病房；必要時，得指定地區醫院或相關專科醫院為指定醫院。
- 前項各類隔離病房之設置基準，由中央主管機關依醫療機構設置標準規定公告之。
- 第一項經指定設置之隔離病房，於未發生傳染病疫情時，得移作一般病房使用。但發生疫情時，應依中央主管機關之指示進行騰空，優先收容傳染病病人。
- 中央主管機關為控制疫情之需要，得指定第一項醫院全院作為實施傳染病病人隔離治療之醫院。

### 【附錄四】傳染病檢驗指定機構管理辦法（93年07月29日發布）

#### 傳染病檢驗指定機構管理辦法（民國93年07月29日公發布）

- 第2條 本辦法所稱傳染病檢驗指定機構（以下簡稱指定機構），指經中央主管機關指定，辦理第一類傳染病及新感染症之檢體檢驗工作之地方主管機關、醫療（事）機構及學術或研究機構。
- 第4條 指定機構檢驗第一類傳染病或新感染症檢體，應具備一定之實驗室安全等級及實驗室能力，並依特定之檢驗方法為之。
- 第9條 中央主管機關對於指定機構辦理第一類傳染病或新感染症之檢體檢驗，得酌予補助部分或全部費用，其範圍如下：
- 一、直接指定者：設備、檢體檢驗等相關費用。
  - 二、申請指定者：檢體檢驗相關費用。

## 【附錄五】傳染病防治獎勵辦法（93年09月09日修正）

### 傳染病防治獎勵辦法（民國93年09月09日修正）

- 第5條 醫事人員發現傳染病（源），主動通報（知）並經主管機關證實者，發給通報獎金，其基準如下：
- 一、本法第一類傳染病當年度首例：新臺幣一萬元。
  - 二、登革熱或日本腦炎當年度本土病例之首例：
    - （一）全國地區：新臺幣五千元。
    - （二）全縣（市）地區：新臺幣四千元。
  - 三、登革熱境外移入病例：每例新臺幣二千五百元。
  - 四、公共場所發生聚集病例事件並經主管機關證實之首例：新臺幣三千元。
  - 五、下列傳染病之本土或境外移入病例：
    - （一）癩病、瘧疾、麻疹、先天性德國麻疹症候群或新生兒破傷風：每例新臺幣三千元。
    - （二）急性無力肢體麻痺：每例新臺幣一千元；經證實為小兒麻痺症者，加發新臺幣四千元。
    - （三）德國麻疹：每例新臺幣一千元。
    - （四）最近三年內未出現之前三日以外傳染病病例：每例新臺幣五千元。
  - 六、指定傳染病或新感染症病例：依中央主管機關公告之獎勵額度，發給通報獎金。
- 發現前項第一款傳染病之檢驗人員，發給新臺幣一千元。

【附錄六】執行新感染症防治工作致傷病或死亡補助辦法（93年10月20日發布）

執行新感染症防治工作致傷病或死亡補助辦法（民國93年10月20日公發布）

第2條 本法第七十二條第一項所稱因執行新感染症防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，指公、私立醫療（事）機構與其他相關機關（構）、學校、法人、團體之人員或受委託之自然人，因執行新感染症防治工作，致感染新感染症造成傷病、身心障礙或死亡者。

前項執行新感染症防治工作之人員，因故意或重大過失而感染新感染症者，得不予補助。

第3條 本辦法之補助種類如下：

- 一、感染新感染症致傷病給付。
- 二、感染新感染症致身心障礙給付。
- 三、感染新感染症致死亡給付。
- 四、感染新感染症致身心障礙或死亡者子女教育費用給付。

第4條 前條第一款至第三款之補助上限如下：

- 一、感染新感染症致傷病者：新臺幣三十五萬元。
- 二、感染新感染症致身心障礙者：
  - (一) 重度或極重度身心障礙：新臺幣一千萬元。
  - (二) 中度身心障礙：新臺幣五百萬元。
  - (三) 輕度身心障礙：新臺幣二百六十五萬元。
- 三、感染新感染症致死亡者：新臺幣一千萬元。

前項第二款身心障礙等級之鑑定，依身心障礙者保護法及其相關法規規定辦理。

第一項補助上限，中央主管機關於必要時，得視新感染症之特性及嚴重度，經報請行政院核定後，以公告調整之。

第7條 請求權人申請補助費，應填具申請書，並檢附下列文件，由申請人向中央主管機關提出申請或由其服務單位核轉：

- 一、感染新感染症致傷病：
  - (一) 醫院出具感染新感染症之診斷證明書。
  - (二) 相關單位出具係因執行防治工作致感染新感染症之證明文件。
  - (三) 主管機關確認罹患新感染症報告。
  - (四) 國民身分證正反面影本。
- 二、感染新感染症致身心障礙：
  - (一) 前款各目規定文件。
  - (二) 身心障礙手冊。
- 三、感染新感染症致死亡：
  - (一) 第一款各目規定文件。

- (二) 醫院出具死亡原因為感染新感染症之證明文件。
- (三) 死亡者除戶戶籍謄本。
- (四) 全戶戶籍謄本 (應能檢視與死亡者之遺族關係) 。

四、子女教育費用：

- (一) 第一款各目規定文件。
- (二) 身心障礙手冊或醫院出具死亡原因為感染新感染症之證明文件。
- (三) 學生證影本及繳費單據。

**【附錄七】傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除要點（93年  
05月21日發布）**

**行政院衛生署函**

發文日期：中華民國93年05月21日

發文字號：署授疾字第0930000523號

主旨：檢送「傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除要點」  
乙份，請查照辦理。

說明：

- 一、依「傳染病防治法」第七條第一項規定辦理。
- 二、「傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除要點」已揭示於網站，請貴府自行至本署疾病管制局網址 [www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw) 查詢。

**「傳染病流行疫情、疫區之認定、發布及解除要點」**

一、本要點依傳染病防治法第七條及第十四條訂定。

二、名詞定義：

(一)國際疫區：指世界衛生組織公告之疫區。

(二)國內疫區：

1.中央主管機關於我國經世界衛生組織公告為疫區時，所公告之國內特定地區。

2.傳染病在國內發生流行，造成次級感染，不能以一般防疫

動員方式控制，且對居民健康、社會、經濟等有重大影響之虞時，所公告之特定地區。

三、為因應傳染病防治需要，中央主管機關應設中央傳染病流行疫情審議委員會(以下簡稱中央疫情審議委員會)，地方主管機關得設地方傳染病流行疫情審議委員會(以下簡稱地方疫情審議委員會)。

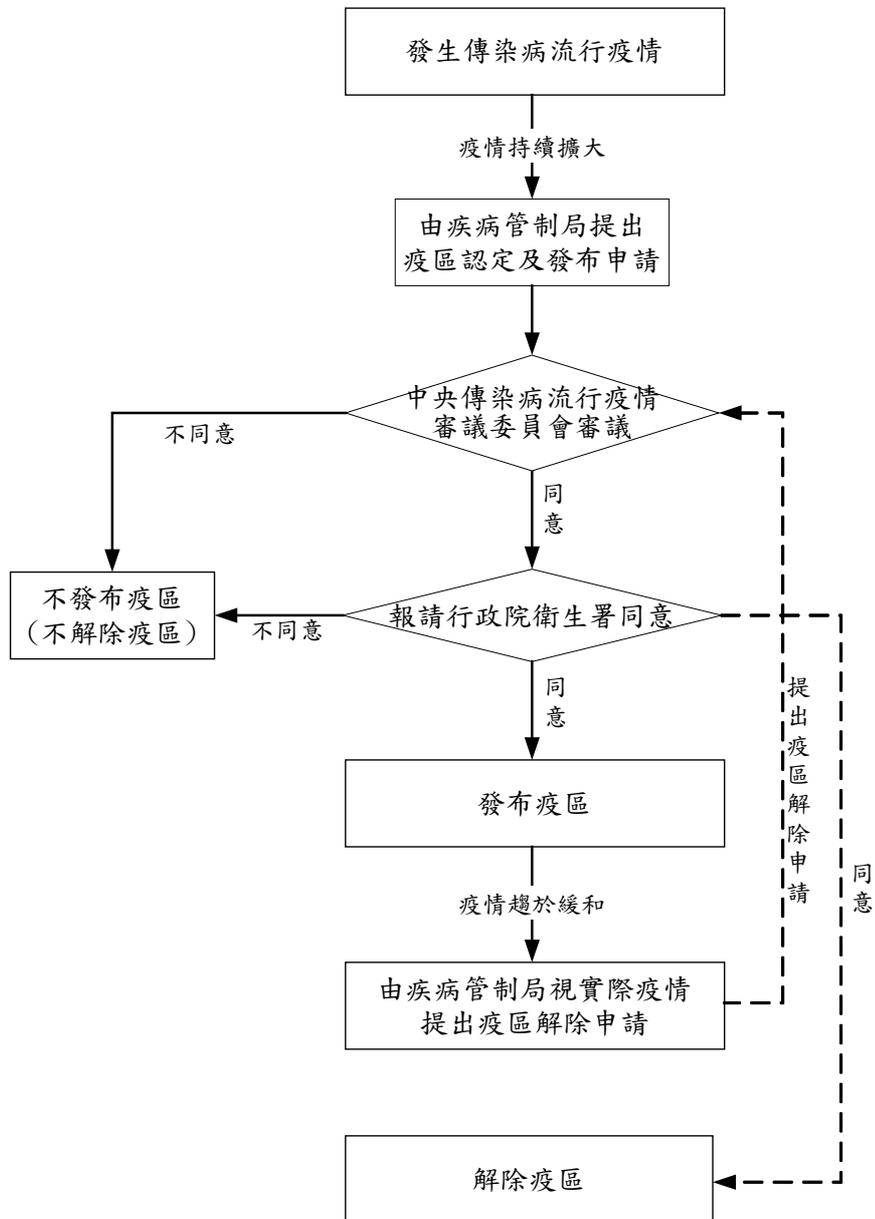
前項委員會由醫學、法學專家、社會人士或衛生機關代表七至九人組成，負責傳染病疫區發布與解除之審議事項。

四、中央疫情審議委員會之召集人，由行政院衛生署署長指派，執行秘書由疾病管制局局長擔任；地方疫情審議委員會之召集人，由直轄市市長或縣(市)長指派，執行秘書由直轄市或縣(市)衛生局局長擔任。

五、各種傳染病疫區之認定、發布及解除事項，由中央疫情審議委員會審議，經行政院衛生署同意後，公告實施。但第二類及第三類傳染病，得經直轄市政府或縣(市)政府報請行政院衛生署同意後，由地方主管機關公告實施。

六、有關本要點所稱疫區之認定、發布及解除之流程及相關申請書表如附件。

中央主管機關對於傳染病流行疫情及疫區之認定、發布及解除流程



# 計畫重要研究成果及具體建議

計畫名稱：建置新興傳染病重大疫情之資料整合系統模式-以 SARS 為例

主持人：陳昶勳

計畫編號：DOH95-DC-2003

## 1. 計畫之新發現或新發明

- (1) 建立完整之 SARS 疫情資料庫 (SARS Minimum data set) 資料庫，包含七大面項資料：基本人口學、實驗室檢測結果、Xray 及 CT Scan 檢查結果、治療、旅遊史、接觸史、轉院史，共有 67 個欄位，相較於本局原有之傳染病通報系統資料庫，共新增 19 個欄位，增加近三成之資料。
- (2) 本研究所計算之 5 所醫院醫護相關人員之 SARS 侵襲率，依據爆發院內感染之事件先後順序，其 SARS 侵襲率分別由 2.37%、0.59% 以及 0.48%，最後終為 0%，故由醫護相關人員 SARS 侵襲率之下降趨勢，可概略得知本局於和平醫院爆發重大院內感染事件後，所推行之院內感染控制措施，有其一定之成效。
- (3) 我國歷年有關新增指定法定傳染病（如：第四類傳染病、指定傳染病、新感染症等）之制度，發現其中相關規範之制定與變動，多為因應國內外發生突發疫情或於重要防疫政策推行之後，始有較大幅度之檢討與修正。

## 2. 計畫對民眾具教育宣導之成果：無

### 3.計畫對醫藥衛生政策之具體建議

- (1)本資料庫 (SARS Minimum data set) 未來將可進一步與國際比較，瞭解台灣地區 SARS 疫情之流行病學與國外其他主要 SARS 流行地區之差異。
- (2)SARS 侵襲率之計算部分，未來可進一步進行全國各醫院之 SARS 侵襲率之計算與比較，可得到更完整之台灣 SARS 侵襲率。
- (3)未來台灣地區如爆發重大疫情時，應可即時建立完整之疫情通報資料庫，並於疫情後一段期間，即時補充臨床用藥、病程變化及更詳盡之疫情調查等之資料，將可供更完整之疾病判定之依據、瞭解完整疾病之病程與演進以及窺視傳染模式之全貌，亦能提供修正臨床診斷與治療之重要依據。
- (4)公告新增指定法定傳染病時，建議宜比照現行相關防疫法規之做法，於母法授權中央主管機關得訂定相關法規命令，以設立專責審議委員會，並由相關專家、社會人士及行政機關代表，負責法定傳染病之新增指定或類別調整之審議事項，以制度化之行政程序來維護國內防疫安全，同時兼顧人民自由權利之保障。